



**Programa de Healthy Families**  
**Formulario de divulgación y constancia combinada de cobertura**  
**ERRATA**  
**En vigencia a partir del 1 de noviembre de 2009, para el**  
**Año de beneficio 2009-2010**

El Programa de Healthy Families (HFP) hizo cambios al programa. Existen nuevos aumentos en los copagos a partir del 1 de noviembre de 2009, para los servicios de beneficios cubiertos. Estos cambios se hicieron a su Formulario de divulgación y constancia combinada de cobertura (EOC) de HFP para el año de beneficio 2009-2010. **LOS CAMBIOS SE EXPRESAN MEDIANTE EL TEXTO SUBRAYADO Y TACHADO.** Lea los cambios en este documento y manténgalo con la EOC que recibió.

Si tiene alguna pregunta con respecto al Folleto de la EOC de HFP, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin, al 1-888-936-PLAN (7526), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

**Página(s) 5**  
**Sección: Divulgación**

**Cambios realizados al Programa de Healthy Families**  
**En vigencia a partir del 1 de noviembre de 2009**

**Copagos**

**El HFP aumentó los copagos para los servicios cubiertos aplicables para los miembros que se encuentran en las Categorías de Ingresos B y C.** Este aumento al copago no aplica a los miembros de la Categoría de Ingresos A. Consulte la Sección de Definiciones al principio, en la página 8 de este folleto de la EOC, para leer más acerca de las Categorías de Ingresos del HFP.

En la siguiente tabla, encuentre la columna para el tamaño de su familia y de los ingresos netos, para localizar su categoría de ingresos: A, B o C. Si su ingreso mensual se encuentra en la Categoría A, sus hijos pueden ser elegibles para la cobertura gratuita del Programa Medi-Cal.

**Programa de Healthy Families**  
**Categorías de Ingresos A, B y C**  
**Vigente a partir del 1 de abril de 2009 al 31 de marzo de 2010**

<b><u>Tamaño de la Familia</u></b>	<b><u>Categoría A Ingreso Mensual</u></b>	<b><u>Categoría B Ingreso Mensual</u></b>	<b><u>Categoría C Ingreso Mensual</u></b>
<b><u>1</u></b>	\$904 - \$1355	\$1,355.01 - \$1,805	\$1,805.01 - \$2,257
<b><u>2</u></b>	\$1,216 - \$1,822	\$1,822.01 - \$2,429	\$2,429.01 - \$3,036
<b><u>3</u></b>	\$1,527 - \$2,290	\$2,290.01 - \$3,052	\$3,052.01 - \$3,815
<b><u>4</u></b>	\$1,839 - \$2,757	\$2,757.01 - \$3,675	\$3,675.01 - \$4,594
<b><u>5</u></b>	\$2,151 - \$3,225	\$3,225.01 - \$4,299	\$4,299.01 - \$5,373
<b><u>6</u></b>	\$2,462 - \$3,692	\$3,692.01 - \$4,922	\$4,922.01 - \$6,153
<b><u>7</u></b>	\$2,774 - \$4,159	\$4,159.01 - \$5,545	\$5,545.01 - \$6,932
<b><u>8</u></b>	\$3,086 - \$4,627	\$4,627.01 - \$6,169	\$6,169.01 - \$7,711
<b><u>9</u></b>	\$3,397 - \$5,095	\$5,095.01 - \$6,792	\$6,792.01 - \$8,490
<b><u>10</u></b>	\$3,709 - \$5,562	\$5,562.01 - \$7,415	\$7,415.01 - \$9,269
<u>Para más de 10 personas, agregue los siguientes montos para cada uno de los miembros familiares adicionales.</u>			
	\$313 - \$468	\$468.01 - \$624	\$624.01 - 780

**Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza**

Los lineamientos del ingreso federal de pobreza los establecen anualmente el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés). Los lineamientos se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas, como HFP o Medi-Cal. A los lineamientos de pobreza se les refiere algunas veces como el "nivel federal de pobreza" (FPL).

**Categorías de Ingresos A, B, o C**

Lo que paga por la prima mensual y los copagos lo determina su categoría de ingresos. Las categorías de ingresos se determinan en base a los Lineamientos del Ingreso Federal de Pobreza, como se indica a continuación:

- Categoría de Ingresos A = 100% a 150% del Lineamiento del Ingreso Federal de Pobreza
- Categoría de Ingresos B = 151% a 200% del Lineamiento del Ingreso Federal de Pobreza
- Categoría de Ingresos C = 201% a 250% del Lineamiento del Ingreso Federal de Pobreza

**Matriz de Beneficios Cubiertos por el Plan de Salud**

EL PROPÓSITO DE ESTA MATRIZ ES QUE SE UTILICE COMO AYUDA PARA COMPARAR LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. SE DEBE CONSULTAR LA SECCIÓN DE DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y SUS LIMITACIONES.

**NOTA: los miembros en la Categoría de Ingresos A (consulte las Categorías de Ingresos A, B y C de HFP que se encuentran en la Tabla en la página 1, no deberían pagar más de \$5 de copago por los servicios cubiertos aplicables, como se describe en esta Sección de Descripción de Beneficios de la EOC.**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u></b>	<b>Costo para el Miembro (copago) <u>Categorías de Ingresos B y C</u></b>
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados</b>	Habitación y alojamiento, cuidado de enfermería y todos los servicios auxiliares médicamente necesarios.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	Servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos realizados en un hospital o centro para pacientes ambulatorios.	Sin copago, excepto <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 por visita para terapia física, ocupacional y del habla realizada con pacientes ambulatorios.</li> <li>• \$5 por visita para servicios de atención médica de emergencia (exonerado si el</li> </ul>	<u>Sin copago, excepto</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>\$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla, realizada con pacientes ambulatorios.</u></li> <li><u>\$15 por visita para servicios de atención médica de emergencia</u></li> </ul>

Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
		miembro es admitido en el hospital).	<u>(exonerado si el miembro es admitido en el hospital).</u>
<b>Servicios Profesionales</b>	Servicios y consultas de un médico u otro proveedor de atención médica autorizado.	\$5 por visita al hogar o clínica, excepto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin copago por servicios profesionales durante hospitalización.</li> <li>• Sin copago por cirugía, anestesia o tratamiento con radiación, quimioterapia o diálisis.</li> <li>• Sin copago para miembros de 24 meses de edad o menores.</li> <li>• Sin copago por pruebas de la vista o auditivas o por aparatos de corrección auditiva.</li> </ul>	<u>\$10 por visita al hogar o clínica, excepto</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Sin copago por servicios profesionales durante hospitalización.</u></li> <li>• <u>Sin copago por cirugía, anestesia o tratamiento con radiación, quimioterapia o diálisis.</u></li> <li>• <u>Sin copago para miembros de 24 meses de edad o menores.</u></li> <li>• <u>Sin copago por pruebas de la vista o auditivas o por aparatos de corrección auditiva.</u></li> </ul>
<b>Servicios de Atención Médica Preventiva</b>	Exámenes médicos periódicos, atención de bebés sanos, pruebas diagnósticas de rutina y servicios de laboratorio, vacunas y servicios para la detección de enfermedades asintomáticas.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Servicios de Diagnóstico, Rayos X y Laboratorio **</b>	Servicios de laboratorio y servicios de imágenes diagnósticas y servicios radiológicos diagnósticos y terapéuticos necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los miembros.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Atención para Diabéticos **</b>	Equipo y suministros para el manejo y tratamiento de diabetes tratada con insulina, diabetes no tratada con insulina y diabetes	Copago de \$5 por visita al consultorio. Copago por	<u>Copago de \$10 por visita al consultorio</u> <u>Copago por</u>

Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
	gestacional, según sea médicamente necesario, aún si los artículos están disponibles sin prescripción.	prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"	<u>prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"</u>
<b>Programa de Medicamentos con Receta **</b>	Medicamentos prescritos por un profesional autorizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5 por receta por un suministro <del>de</del> <u>hasta</u> por 30 días de medicamentos de marca o genéricos.</li> <li>• \$5 por receta por un suministro <del>de</del> <u>hasta</u> por 90 días de medicamentos de mantenimiento.</li> <li>• Sin copago por medicamentos con receta proporcionados en instalaciones para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Sin copago por medicamentos administrados en la clínica del médico o en un centro para pacientes ambulatorios.</li> <li>• Sin copago por medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Copago de \$10 por receta por un suministro de hasta 30 días de medicamentos genéricos.</u></li> <li>• <u>Copago de \$15 por receta por un suministro de hasta 30 días de medicamentos de marca, a menos que no exista un equivalente genérico o si el uso de un medicamento de marca es médicamente necesario.</u></li> <li>• <u>Copago de \$10 por receta por un suministro de hasta 90 días de medicamentos genéricos de mantenimiento, comprados en una farmacia participante o a través del programa de pedidos por correo del plan.</u></li> <li>• <u>Copago de \$15 por receta por un suministro de hasta 90 días de medicamentos de marca de mantenimiento, comprados en una farmacia participante o a través del programa de pedidos por correo del plan, a menos que no exista un equivalente genérico o si el uso de un</u></li> </ul>

Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
			<p><u>medicamento de marca es medicamento necesario, entonces el copago de \$10 sí aplica.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Sin copago por medicamentos con receta proporcionados en instalaciones para pacientes ambulatorios.</u></li> <li>• <u>Sin copago por medicamentos administrados en la clínica del médico o en un centro para pacientes ambulatorios.</u></li> <li>• <u>Sin copago por medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.</u></li> </ul>
<b>Equipo Médico Duradero **</b>	Equipo médico apropiado para su uso en el hogar, que sirve principalmente un propósito médico, de uso repetido y generalmente no es útil para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Dispositivos de Rectificación y Prótesis **</b>	Dispositivos originales y de reemplazo según la prescripción de un profesional autorizado.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Lentes y Anteojos para Cataratas **</b>	Los lentes y anteojos para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan los lentes naturales del ojo después de la cirugía de catarata.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Cuidado de Maternidad</b>	Servicios profesionales y hospitalarios relacionados con el	Sin copago	<u>Sin copago</u>



Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <i>Categoría de Ingresos A</i>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
<p>inglés)</p> <p><b>Servicios por Trastorno Emocional Grave (SED, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>graves.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay límite de días.</li> <li>• Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para el tratamiento de la condición de SED.</li> <li>• No hay límite de días. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El día 30 o antes, el Plan puede remitir al miembro al departamento de salud mental del condado, para que continúe el tratamiento de la condición de SED. El Plan y el departamento de salud mental del condado coordinarán los servicios para asegurar que se le proporcionen al miembro con condición de SED todos los servicios y tratamientos médicamente necesarios.</li> <li>▪ El miembro permanecerá inscrito en el Programa de Healthy Families y continuará recibiendo del Plan la atención primaria, la atención especializada y todos los demás servicios para las condiciones médicas no relacionadas con la condición de SED.</li> </ul> </li> </ul>	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<p><b>Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios:</b></p> <p><b>Servicios Básicos de Salud Mental</b></p>	<p>Servicios de salud mental cuando los ordena y realiza un profesional de salud mental participante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluyen el tratamiento de niños que han experimentado disfunción familiar o trauma, incluso abuso infantil y negligencia, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio o fallecimiento de un familiar.</li> <li>• Los miembros de la familia pueden participar en el</li> </ul>	\$5 por visita.	<u>\$10 por visita</u>



Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
<b>Servicios por Abuso de Alcohol/ Drogas para Pacientes Ambulatorios</b>	Intervención y tratamiento de crisis por abuso de alcohol o drogas. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	\$5 por visita. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	<u>\$10 por visita</u>
<b>Servicios de Cuidado Médico en el Hogar</b>	Servicios proporcionados en el hogar por personal de cuidado médico.	Sin copago, excepto • \$5 por visita para terapia física, ocupacional y del habla.	<u>Sin copago, excepto</u> • <u>\$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla</u>
<b>Cuidado de Enfermería Especializada</b>	Servicios proporcionados en un centro autorizado de enfermería especializada. <u>El beneficio se limita a un máximo de 100 días por año de beneficio.</u>	Sin copago <u>El beneficio se limita a un máximo de 100 días por año de beneficio.</u>	<u>Sin copago</u>
<b>Terapia Física, Ocupacional y del Habla **</b>	La terapia se puede proporcionar en una clínica médica o en otra instalación adecuada para pacientes ambulatorios.	\$5 por visita cuando se realiza en una instalación para pacientes ambulatorios.  Sin copago por la terapia para pacientes hospitalizados.	<u>\$10 por visita cuando se realiza en una instalación para pacientes ambulatorios</u>  <u>Sin copago por la terapia para pacientes hospitalizados.</u>
<b>Sangre y Productos Sanguíneos **</b>	Incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos sanguíneos en instalaciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Educación de la Salud</b>	Incluye educación relacionada con el comportamiento personal y atención médica y recomendaciones respecto al uso óptimo de los servicios de cuidado médico.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Hospicio</b>	Para miembros que han sido diagnosticados con una enfermedad terminal y que eligen la atención de hospicio en lugar de	Sin copago	<u>Sin copago</u>

Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <i>Categoría de Ingresos A</i>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
	los servicios tradicionales de cuidado médico.		
<b>Trasplante de Órganos **</b>	Cobertura de trasplantes de órganos y de médula ósea que no sean de naturaleza experimental o de investigación.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Cirugía Reconstructiva **</b>	Realizada en estructuras anormales del organismo ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades y que se realizan para mejorar la función o crear una apariencia normal.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Fenilketonuria (PKU) **</b>	Pruebas y tratamiento de PKU.	Sin copago	<u>Sin copago</u>
<b>Pruebas Clínicas del Cáncer</b>	Cobertura de la participación de un miembro en una prueba clínica de cáncer, de la fase I a la fase IV, cuando el médico del miembro ha recomendado la participación en la prueba y el miembro cumple con ciertos requisitos.	Copago de \$5 por visita al consultorio.  Copago por prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"	<u>Copago de \$10 por visita al consultorio</u>  <u>Copago por prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"</u>
<b>Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés)</b>	CCS es un programa médico de California que trata niños con algunas discapacidades físicas y que necesitan atención médica especializada. Los servicios que se proporcionan a través del Programa CCS son coordinados por la oficina de CCS del condado. Si se determina que la condición del miembro es elegible para los servicios CCS, el miembro permanecerá inscrito en el Programa de Healthy Families y continuará recibiendo de los proveedores del plan, los servicios de atención médica que no se relacionen con la condición elegible para CCS. El miembro	Sin copago	<u>Sin copago</u>

Beneficios*	Servicios	Costo para el Miembro (copago) <u>Categoría de Ingresos A</u>	<u>Costo para el Miembro (copago)</u> <u>Categorías de Ingresos B y C</u>
	recibirá tratamiento para la condición elegible para CCS por medio de una red especializada de proveedores de CCS o centros de especialidades aprobados por CCS.		
<b>Acupuntura (opcional)</b>	Para obtener los servicios no se requiere de la remisión del proveedor del miembro, pero se deben obtener de un proveedor del plan. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	\$5 por visita. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	<u>\$10 por visita</u>
<b>Quiropráctico (opcional)</b>	Para obtener los servicios no se requiere de la remisión del proveedor del miembro, pero se deben obtener de un proveedor del plan. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	\$5 por visita. <u>El beneficio se limita a 20 visitas por año de beneficio</u>	<u>\$10 por visita</u>
<b>Biorretroalimentación (opcional)</b>	Para obtener los servicios no se requiere de la remisión del proveedor del miembro, pero se deben obtener de un proveedor del plan.	\$5 por visita.	<u>\$10 por visita</u>
<b>Deducibles</b>	No se cobrarán deducibles por los beneficios cubiertos.		
<b>Máximos Vitalicios</b>	No hay límites máximos vitalicios para los beneficios cubiertos bajo este plan.		

\* Solamente se proporcionan beneficios para los servicios que son médicamente necesarios.

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

---

Página(s) 30 a 44

Sección: Descripciones de los Beneficios

**NOTA: los miembros en la Categoría de Ingresos A (consulte la Tabla de las Categorías de Ingresos A, B y C de HFP en la página 1) no deberían pagar más de un copago de \$5 por los servicios cubiertos aplicables, según se describen en esta Sección de Descripciones de los Beneficios de la EOC.**

### ***Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios***

#### Costo para el Miembro

No hay copago, excepto:

- \$5\$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla realizada con pacientes ambulatorios.
- \$5\$15 por visita para servicios de atención médica de emergencia, la cual se cancela si el miembro está hospitalizado.

### ***Servicios Profesionales***

#### Costo para el Miembro

\$5\$10 por visita al hogar o clínica, excepto:

- Sin copago por servicios profesionales durante la hospitalización.
- Sin copago por cirugía, anestesia o tratamiento con radiación, quimioterapia o diálisis.
- Sin copago para miembros de 24 meses de edad o menos
- Sin copago por pruebas de la vista o auditivas o por aparatos de corrección auditiva.

### ***Atención para diabéticos***

#### Costo para el Miembro

- Copago de \$5\$10 por visitas al consultorio.
- Copago por prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"

### ***Programa de medicamentos con receta***

#### Costo para el Miembro

- Sin copago por medicamentos con receta proporcionados en instalaciones para pacientes ambulatorios.
- No hay copago para medicamentos que se administran en la clínica del médico o en un centro para pacientes ambulatorios, durante la permanencia del miembro en el centro.
- Sin copago por medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA.
- Copago de \$5\$10 por receta de un suministro hasta por 30 días para medicamentos genéricos.
- Copago de \$5\$15 por receta de un suministro hasta por 30 días para medicamentos de marca, a menos que no exista un equivalente genérico o si el uso de un medicamento de marca es médicamente necesario.
- Copago de \$5\$10 por receta de un suministro hasta por 90 días para medicamentos genéricos de mantenimiento\*, comprados en una farmacia participante o a través del programa de pedidos por correo del plan.
- Copago de \$5\$15 por receta de un suministro hasta por 90 días para medicamentos de marca de mantenimiento\*, comprados en una farmacia participante o a través del programa de pedidos por correo del plan, a menos que no exista un equivalente genérico o si el uso de un medicamento de marca es médicamente necesario, entonces el copago de \$10 sí aplica.

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos prescritos por sesenta (60) días o más y usualmente se prescriben para condiciones crónicas como artritis, deficiencias cardíacas, diabetes o hipertensión.

***Servicios de atención médica de emergencia***

Costo para el Miembro

Copago de \$515 por visita. Se exonerará el pago si el miembro es admitido en el hospital.

***Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visita.

***Servicios por Abuso de Alcohol/Drogas para Pacientes Ambulatorios***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visita.

***Servicios de Cuidado Médico en el Hogar***

Costo para el Miembro

Sin copago, excepto por un copago de \$510 por visita para terapia física, ocupacional y del habla realizada en casa.

***Terapia física, ocupacional y del habla***

Costo para el Miembro

No hay copago en terapia para pacientes hospitalizados, inclusive por servicios recibidos en un centro de enfermería especializada

Copago de \$510 por visita, cuando se realiza en el hogar o en otra instalación para pacientes ambulatorios.

***Acupuntura (Opcional)***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visita.

***Servicios Quiroprácticos (Opcional)***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visita.

***Biorretroalimentación (Opcional)***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visita.

***Pruebas Clínicas del Cáncer***

Costo para el Miembro

Copago de \$510 por visitas al consultorio.

Copago por prescripciones según se describe en la Sección "Programa de Medicamentos con Receta"