# 2023
# Manual para Miembros

## Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación

PERSONAS **SANAS.** COMUNIDADES **SANAS.**

www.thealliance.health

# Manual para Miembros

Lo que necesita saber sobre sus beneficios

Central California Alliance for Health
Constancia de Cobertura (EOC) y Formulario de Divulgación Combinados

2023

Santa Cruz, Monterey y Condados de Merced

# Otros idiomas y formatos

## Otros idiomas

Puede obtener este Manual para Miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo. Proporcionamos traducciones escritas de traductores calificados. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). La llamada es gratuita. Lea este Manual para Miembros para obtener más información sobre los servicios de asistencia con el idioma para el cuidado de salud, como los servicios de interpretación y traducción.

## Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). La llamada es gratuita.

## Servicios de interpretación

Central California Alliance for Health le brinda servicios de interpretación escrita de intérpretes calificados, las 24 horas del día y sin costo. No tiene que usar a un miembro de su familia o a un amigo como intérprete. No fomentamos el uso de menores como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para ayuda con el idioma o para obtener este manual en otro idioma, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). La llamada es gratuita.

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**
请注意：**如果您需要以您的母**语提供帮助，请致电 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)。**另外**还提供针对残疾人士的帮助和服务，**例如盲文和需要**较大**字体**阅读，**也是方便取用的**。请致电 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)。这些服务**都是免**费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**
**注意日本語**での**対応**が**必要**な**場合**は 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)へお**電話**ください。**点字**の**資料**や**文字**の**拡大表示**など、**障**がいをお**持**ちの**方**のためのサ**ー**ビスも**用意**しています。1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000)へお**電話**ください。これらのサ**ー**ビスは**無料**で**提供**しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-700-3874 (линия TTY: 1-800-735-2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-700-3874 (линия TTY: 1-800-735-2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Estos servicios son gratuitos.

---

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# ¡Bienvenido a Central California Alliance for Health (la Alianza)!

Gracias por unirse a la Alianza. La Alianza es un plan de salud para personas que tienen Medi-Cal. La Alianza trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener los servicios de cuidado de salud que necesita. Como usted tiene Medi-Cal, ahora es miembro de la Alianza. Esto significa que verá a doctores que forman parte de nuestro plan y nosotros pagaremos sus cobros del cuidado de salud.

## Manual para Miembros

Este Manual para Miembros le informa sobre su cobertura con la Alianza. Léalo con cuidado y por completo. Le ayudará a comprender y usar sus beneficios y servicios. También le explica sus derechos y responsabilidades como miembro de la Alianza. Si tiene necesidades especiales de salud, asegúrese de leer todas las secciones que correspondan a su caso.

Este Manual para Miembros también se llama Constancia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y Formulario de Divulgación Combinados. Es un resumen de las reglas y políticas de la Alianza y se basa en el contrato entre la Alianza y el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (DHCS, por sus siglas en inglés). Si desea más información, llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Llame a Servicio a los Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para solicitar una copia del contrato entre la Alianza y el DHCS. También puede solicitar otra copia del Manual para Miembros sin costo para usted o visitar el sitio web de la Alianza en www.thealliance.health para ver el Manual para Miembros. De igual forma, puede solicitar, sin costo para usted, una copia de las políticas y los procedimientos clínicos y administrativos no patentados de la Alianza o cómo acceder a esta información en el sitio web de la Alianza.

## Comuníquese con nosotros

La Alianza está aquí para ayudarle. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). En la Alianza estamos disponibles de 8 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

También puede visitar www.thealliance.health en línea, en cualquier momento.

Gracias,
Central California Alliance for Health
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

# Índice

**Otros idiomas y formatos** ..... **2**
Otros idiomas ..... 2
Otros formatos ..... 2
Servicios de interpretación ..... 3

**¡Bienvenido a Central California Alliance for Health (la Alianza)!** ..... **7**
Manual para Miembros ..... 7
Comuníquese con nosotros ..... 8

**Índice** ..... **9**

**1. Primeros pasos como miembro** ..... **12**
Cómo obtener ayuda ..... 12
Quién puede convertirse en miembro ..... 12
Tarjetas de identificación ..... 13

**2. Acerca de su plan de salud** ..... **15**
Información general del plan de salud ..... 15
Cómo funciona su plan ..... 16
Estudiantes que se mudan a otro condado o fuera de California ..... 17
Cuidado continuo ..... 18
Continuidad de la atención para un proveedor que no pertenece al plan ..... 18
Costos ..... 21

**3. Cómo obtener cuidado** ..... **24**
Cómo obtener servicios de cuidado de salud ..... 24
Proveedor de cuidado primario (PCP) ..... 25
Red de proveedores ..... 29
Citas ..... 36
Cómo llegar a su cita ..... 36
Cancelaciones y reprogramaciones ..... 37
Pago ..... 37
Referencias ..... 38
Aprobación previa (autorización previa) ..... 40

Segundas opiniones ....41
Cuidado sensible ....42
Cuidado de urgencia ....45
Cuidado de emergencia ....46
La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza ....48
Instrucciones anticipadas ....48
Donación de órganos y tejidos ....49

**4. Beneficios y servicios .... 50**
¿Qué cubre su plan de salud? ....50
Beneficios de Medi-Cal que cubre la Alianza ....53
Otros beneficios y programas cubiertos por la Alianza ....74
Otros programas y servicios de Medi-Cal ....80
Servicios que no puede obtener por medio de la Alianza o de Medi-Cal ....84

**5. Atención preventiva de niños y jóvenes .... 85**
Servicios pediátricos (niños menores de 21 años) ....85
Revisiones de salud infantil y cuidado preventivo ....86
Pruebas de intoxicación por plomo en sangre ....87
Ayuda para obtener servicios de cuidado preventivo de niños y jóvenes ....87
Otros servicios que puede obtener por medio de tarifa por servicio (FFS) de Medi-Cal u otros programas ....88

**6. Cómo reportar y resolver problemas .... 91**
Quejas ....92
Apelaciones ....93
Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación ....94
Audiencias estatales ....95
Fraude, derroche o abuso ....96

**7. Derechos y responsabilidades .... 98**
Sus derechos ....98
Sus responsabilidades ....99
Aviso de no discriminación ....100
Maneras de involucrarse como miembro ....103
Aviso de prácticas de privacidad ....104
Aviso sobre las leyes ....113

Aviso sobre Medi-Cal como pagador en última instancia, otras coberturas médicas y recuperación de daños .....113
Aviso sobre la recuperación a partir de bienes.....114
Aviso de acción .....115

**8. Números y palabras importantes que debe conocer..... 116**
Números de teléfono importantes.....116
Palabras que debe conocer.....116

# 1. Primeros pasos como miembro

## Cómo obtener ayuda

En la Alianza queremos que usted esté feliz con su cuidado de salud. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cuidado, ¡la Alianza quiere saber de usted!

### Servicios para Miembros

El Departamento de Servicios para Miembros de la Alianza está aquí para ayudarle. La Alianza puede:

- Responder preguntas sobre su plan de salud y los servicios cubiertos por la Alianza
- Ayudarle a escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés)
- Decirle dónde puede obtener el cuidado que usted necesita
- Ayudarle a obtener servicios de interpretación si usted no habla inglés
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos
- Enviarle una nueva tarjeta de identificación de la Alianza si pierde o daña la que tiene

Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). La Alianza está disponible de 8 a. m. a 5:30 p. m. La llamada es gratuita. Alliance debe asegurarse que usted espere menos de 10 minutos cuando llame.

También puede visitar www.thealliance.health en línea, en cualquier momento.

## Quién puede convertirse en miembro

Usted reúne los requisitos para la Alianza porque tiene derecho a Medi-Cal y vive en uno de estos condados:Santa Cruz, Monterey o Merced.

Información de contacto de su oficina local de Medi-Cal:

| Condado de Merced | Condado de Monterey | Condado de Santa Cruz |
|---|---|---|
| 855-421-6770<br>209-385-3000 | 877-410-8823 | 888-421-8080 |

También puede reunir los requisitos para Medi-Cal a través del Seguro Social, porque recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)/Pago Suplementario Estatal (SSP, por sus siglas en inglés).

Si tiene preguntas sobre la Seguridad social, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. O visite https://www.ssa.gov/locator/.

### Medi-Cal de transición

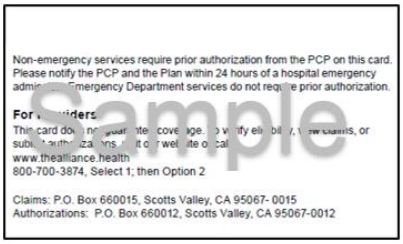
A Medi-Cal de transición también se le conoce como “Medi-Cal para trabajadores”. Es posible que usted pueda recibir Medi-Cal de transición si deja de recibir Medi-Cal debido a que:

- Empezó a ganar más dinero.
- Su familia empezó a recibir una pensión mayor para el cónyuge o los hijos.

Puede hacer preguntas sobre la elegibilidad para Medical de transición en su oficina local de salud y servicios humanos del condado en http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx.

## Tarjetas de identificación

Como miembro de la Alianza, usted recibirá una tarjeta de identificación de la Alianza. Cuando reciba cualquier servicio de cuidado de salud o medicina recetada, deberá mostrar su tarjeta de identificación de la Alianza y su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal, que el estado de California le envió. Debe llevar todas sus tarjetas de salud con usted en todo momento. A continuación, se muestra un ejemplo de la BIC y un ejemplo de la tarjeta de identificación de la Alianza para mostrarle cómo será la suya:




Si no recibe su tarjeta de identificación de la Alianza unas semanas después de su fecha de inscripción o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. La Alianza le enviará una tarjeta nueva sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

# 2. Acerca de su plan de salud

## Información general del plan de salud

La Alianza es un plan de salud para las personas que cuentan con Medi-Cal en estos condados: Santa Cruz, Monterey y Merced. La Alianza trabaja junto con el estado de California para ayudarle a obtener los servicios de cuidado de salud que usted necesita.

Puede hablar con uno de los representantes de Servicios para Miembros de la Alianza para conocer más acerca del plan de salud y cómo hacerlo funcionar para usted. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

### Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando se inscriba en la Alianza, le enviaremos una tarjeta de identificación dentro de las dos semanas posteriores a su fecha de inscripción. Cuando reciba cualquier servicio de cuidado de salud o medicina recetada, deberá mostrar su tarjeta de identificación de la Alianza y su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal.

Su cobertura de Medi-Cal tendrá que ser renovada cada año. Si su oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal usando recursos electrónicos, el condado le enviará un formulario para renovación de Medi-Cal. Complete este formulario y devuélvalo a la agencia local de servicios humanos del condado. Puede enviarnos su información en línea, en persona o por teléfono u otro medio electrónico que esté disponible en su condado.

La Alianza es el plan de salud para miembros de Medi-Cal en los condados de Santa Cruz, Monterey y Merced. Ubique su oficina local en www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx.

La elegibilidad para la Alianza puede acabar si se cumple con alguna de las siguientes condiciones:

- Se mudó de los condados de Santa Cruz Monterey y Merced.

- Ya no tiene Medi-Cal.
- Está en la cárcel o en prisión preventiva.

Si pierde su cobertura de Medi-Cal por medio de la Alianza, puede seguir siendo elegible para la cobertura de cuota por servicio (FFS, por sus siglas en inglés) de Medi-Cal. Si no está seguro de estar todavía cubierto por la Alianza, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

### Consideraciones especiales para indígenas estadounidenses que cuenten con cuidado administrado

Si usted es indígena estadounidense, tiene derecho a recibir servicios de cuidado de salud de un Proveedor de cuidado de la Salud para Indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés). También puede quedarse en la Alianza o cancelar su suscripción mientras recibe servicios de cuidado de salud en estas instalaciones. Para obtener más información sobre la inscripción y desinscripción, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Cómo funciona su plan

La Alianza es un plan de salud administrada contratado por el DHCS. La Alianza trabaja con doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud en el área de servicio de la Alianza para brindarle Cuidados de salud a usted, el miembro. Mientras usted sea miembro de la Alianza, puede ser elegible para obtener algunos servicios adicionales por medio de FFS de Medi-Cal. Estos incluyen recetas médicas para pacientes externos, medicinas de venta libre y algunos suministros médicos por medio de Medi-Cal Rx de FFS.

Servicios para Miembros le dirá cómo trabaja la Alianza, cómo recibir el cuidado que necesita, cómo programar citas con el proveedor dentro de horarios de acceso normales, como solicitar servicios de interpretación sin costo y cómo saber si califica para los servicios de transporte.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). También puede encontrar información sobre los servicios para los miembros en línea, en www.thealliance.health.

## Estudiantes que se mudan a otro condado o fuera de California

Los servicios de emergencia y de cuidado de urgencia están disponibles para todas las personas inscritas en Medi-Cal en todo el estado, sin importar su condado de residencia. Los cuidados de rutina y preventivos están cubiertos solo en su condado de residencia. Si se muda a un nuevo condado en California para asistir a educación superior, incluida la universidad, la Alianza cubrirá los servicios en la sala de emergencia y de atención de urgencia en su nuevo condado. También puede recibir atención de rutina o preventiva en su nuevo condado, pero debe notificar a su plan de atención administrada. Siga leyendo para obtener más detalles.

Si usted está inscrito en Medi-Cal y es estudiante en un condado diferente de su residencia en California, no necesita solicitar Medi-cal en ese condado.

Si se muda temporalmente para estudiar en otro condado en California, existen dos opciones disponibles para usted. Puede:

- Informar a la oficina local de Medi-Cal de su condado que se mudará temporalmente para asistir a una institución de educación media y proporcionar su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los archivos del caso con su nueva dirección y código de condado en la base de datos del estado. Use esta opción si desea obtener cuidado de rutina o preventivo en su nuevo condado. Es posible que tenga que cambiar de plan de salud si la Alianza no opera en el condado donde asistirá a la universidad. Para hacer preguntas o evitar cualquier retraso en su inscripción al nuevo plan, llame a Opciones de Cuidado de la Salud al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

  **O**

- Decidir no cambiar de plan de salud cuando se mude temporalmente para asistir a la universidad en un condado diferente. Solamente podrá acceder a los servicios de sala de emergencia y cuidado de urgencia en el nuevo condado para algunas condiciones. Para obtener más información, vaya al Capítulo 3, “Cómo obtener cuidado”. Para obtener cuidados de salud de rutina o preventivos deberá utilizar la red habitual de proveedores de la Alianza que se ubican en el condado de residencia de su familia.

Si se va a mudar de California temporalmente para estudiar en otro estado y desea conservar su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su trabajador de elegibilidad en:

| | | |
|---|---|---|
| Condado de Merced<br>855-421-6770<br>209-385-3000 | Condado de Monterey<br>877-410-8823 | Condado de Santa Cruz<br>888-421-8080 |

Mientras usted sea elegible, Medi-Cal cubrirá servicios de emergencia y cuidado de urgencia en otro estado. Medi-Cal también cubrirá los cuidados de emergencia que requieran una hospitalización en Canadá y México si el servicio es aprobado, y el médico y el hospital cumplen con las reglas de Medi-Cal. Los servicios de cuidados de rutina y preventivos, incluidas las medicinas recetadas, no están cubiertas fuera de California. Si desea tener Medicaid en otro estado, necesitará solicitarlo en ese estado. No será elegible para Medi-Cal y la Alianza no pagará su cuidado de salud. Medi-Cal no cubre los servicios de emergencia, de urgencia ni otros servicios de cuidado de la salud fuera de los Estados Unidos, excepto por Canadá y México, como se indica en el Capítulo 3.

## Cuidado continuo

### Continuidad de la atención para un proveedor que no pertenece al plan

Como miembro de la Alianza, usted recibirá su cuidado de la salud de proveedores de la red de la Alianza. Para conocer si el proveedor de atención médica está dentro de la red de la Alianza, consulte el Directorio de proveedores en línea en https://thealliance.health/for-members/get-started/find-a-doctor/. O puede solicitar que se le envíe por correo postal un Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Si el proveedor no aparece en la lista, es posible que no forme parte de la red de la Alianza.

En algunos casos, es posible que acuda a proveedores que no están en la red de la Alianza si se cambió de otro plan o de otra cobertura de cargo por servicio (FFS), o de un proveedor que ahora está fuera de la red. A esto se le llama cuidado continuo.

Llame a la Alianza y díganos si necesita visitar a un proveedor que está fuera de la red. Le diremos si tiene derecho al cuidado continuo. Usted puede usar el cuidado continuo hasta por 12 meses, o más en algunos casos, si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tiene una relación continua con el proveedor no perteneciente al plan, antes de inscribirse en la Alianza.
- Fue atendido por el proveedor no perteneciente al plan al menos una vez en los doce (12) meses previos a su inscripción en la Alianza para una consulta que no era de emergencia.
- El proveedor no perteneciente al plan está dispuesto a trabajar con la Alianza y acepta los requisitos de la Alianza.
- El proveedor que no pertenece al plan cumple con los estándares profesionales de la Alianza.

Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para obtener más información.

Si sus proveedores no se unen a la red de la Alianza al final de los 12 meses, no aceptan las tarifas de pago de la Alianza o no cumplen los requisitos de calidad de atención, necesitará cambiar a proveedores de la red de la Alianza. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para hablar sobre sus opciones.

## Continuidad del cuidado para los servicios

Como miembro de la Alianza, recibirá sus servicios de Medi-Cal de proveedores dentro de la red de la Alianza. En algunos casos, podrá obtener acceso continuo a los servicios de Medi-Cal si está siendo atendido por una condición de salud específica y el proveedor que no pertenece al plan no desea continuar brindando servicios o no está de acuerdo con los requisitos contractuales, de pago u otros términos para proporcionar atención de la Alianza, en cuyo caso usted no podrá recibir atención continua del proveedor.Sin embargo, usted puede seguir recibiendo los servicios de un proveedor diferente de la red de la Alianza.

Los servicios de cuidado continuo que la Alianza proporciona incluyen, entre otros, los siguientes:

- Condiciones agudas (un problema médico que necesita atención rápida): el tiempo que dure la condición.

- Condiciones físicas y conductuales crónicas (un problema de salud que se presenta durante un largo tiempo): durante un periodo de tiempo necesario para terminar el tratamiento y para tramitar una transferencia segura a un nuevo médico de la red de la Alianza.
- Embarazo: durante el embarazo y hasta 12 meses después del final del embarazo.
- Servicios de salud mental materna por hasta 12 meses desde el diagnóstico de salud mental o desde el final del embarazo, lo que ocurra posteriormente.
- Cuidados de un bebé recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad durante un máximo de 12 meses desde la fecha de inicio de la cobertura o la fecha en la que termine el contrato del proveedor con la Alianza.
- Enfermedad terminal (un problema médico que amenaza la vida): durante el tiempo que dure la enfermedad. El término de los servicios cubiertos puede exceder un plazo de doce (12) meses a partir del momento en el que el proveedor deje de trabajar con la Alianza.
- Realización de una cirugía u otro procedimiento médico de un proveedor no perteneciente al plan, siempre y cuando esté cubierto, sea médicamente necesario y esté autorizado por la Alianza como parte del curso documentado del tratamiento y haya sido recomendado y documentado por el proveedor: cirugía u otro procedimiento médico que se lleve a cabo dentro de los 180 días posteriores a la fecha de terminación del contrato del proveedor o los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un miembro nuevo.

Para otras condiciones que puedan calificar, comuníquese con Servicios para Miembros.

Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para obtener ayuda para elegir un proveedor contratado que continuará con su cuidado o si tiene alguna pregunta o algún problema al recibir los servicios cubiertos de un proveedor que ya no sea parte de la Alianza.

La Alianza no está obligada a proporcionar cuidado continuo para servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, equipo médico duradero, transporte, otros servicios auxiliares y proveedores de servicios por separado. Para obtener más información sobre el cuidado continuo y los requisitos de elegibilidad, y para conocer todos los servicios disponibles, llame a Servicios para Miembros.

# Costos

## Costos para los miembros

La Alianza atiende a las personas que reúnen los requisitos para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de la Alianza **no** tienen que pagar servicios cubiertos, primas o deducibles. Los miembros inscritos en California Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro de Salud para Niños de California) (CCHIP, por sus siglas en inglés) en los condados de Santa Clara, San Francisco y San Mateo, y los que sean miembros de Medi-Cal for Families Program (Programa Medi-Cal para Familias) pueden tener una prima mensual y copagos. A excepción de los cuidados de emergencia, los cuidados de urgencia o los cuidados sensibles, usted debe tener autorización previa de la Alianza antes de visitar a un proveedor fuera de la red de la Alianza. Si no tiene autorización previa y acude a un proveedor fuera de la red para obtener cuidado que no sea de emergencia, cuidado de urgencia o cuidado sensible, es posible que tenga que pagar por el cuidado a los proveedores que están fuera de la red. Para ver una lista de servicios cubiertos, consulte la sección "Beneficios y servicios". También puede encontrar el Directorio de Proveedores en el sitio web de la Alianza en www.thealliance.health.

## Para miembros con cuidado a largo plazo y que pagan una parte del costo

Es posible que tenga que pagar una parte del costo cada mes por los servicios de cuidado a largo plazo. El monto de su parte del costo dependerá de sus ingresos y recursos. Cada mes, pagará sus propios cobros de cuidado de salud, incluyendo, entre otros, los cobros por servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS, por sus siglas en inglés) hasta que la cantidad que haya pagado sea igual a su parte del costo. Después de eso, su cuidado a largo plazo será cubierto por la Alianza para ese mes. Usted no tendrá la cobertura de la Alianza hasta que haya pagado toda su parte del costo del mes de su cuidado a largo plazo.

## Cómo se paga a un proveedor

La Alianza paga a los proveedores de las siguientes maneras:

- Pagos de capitación
  - La Alianza paga a algunos proveedores una cantidad determinada de dinero cada mes por cada miembro de la Alianza. A esto se le llama pago de

capitación. La Alianza y los proveedores trabajan juntos para decidir el monto del pago.

- Pagos de FFS
  - Algunos proveedores brindan cuidado a los miembros de la Alianza y después envían un cobro a la Alianza por los servicios que hayan proporcionado. A esto se le conoce como pago de FFS. La Alianza y los proveedores trabajan juntos para decidir cuánto cuesta cada servicio.
- Incentivos con base en el cuidado
  - Los proveedores de la Alianza también pueden recibir incentivos por cumplir o exceder las medidas de la calidad del cuidado y proporcionar mayor acceso a los miembros.

Para obtener más información sobre cómo la Alianza paga a los proveedores, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Si recibe una cuenta de un proveedor de atención médica

Los servicios cubiertos son servicios de cuidado de salud que la Alianza tiene la responsabilidad de pagar. Si recibe un cobro por cuotas de servicios de apoyo, copagos o cuotas de registro por un servicio cubierto, no pague el cobro. Llame a Servicios para Miembros de inmediato al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Cómo solicitar a la Alianza que le regrese el dinero de sus gastos

Si pagó servicios que ya recibió, es posible que califique para un reembolso (la devolución de su dinero) si cumple con **todas** las siguientes condiciones:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que la Alianza tiene la responsabilidad de pagar. La Alianza no le reembolsará un servicio que no esté cubierto tanto por la Alianza.
- Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de la Alianza.
- Solicita que le regresen el dinero en un periodo de un año a partir de la fecha en la que recibió el servicio cubierto.
- Proporciona un comprobante de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.

- Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal de la red de la Alianza. No necesita cumplir esta condición si recibió servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita a los proveedores fuera de la red brindar sin autorización previa.
- Si el servicio cubierto necesita autorización previa de forma normal, proporcione un comprobante del proveedor que muestre la necesidad médica del servicio cubierto.

La Alianza le comunicará su decisión del reembolso en una carta llamada Aviso de acción. Si cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe regresarle la cantidad total que pagó. Nosotros debemos hacer el reembolso dentro de 45 días hábiles a partir de recibir la reclamación. Si el proveedor se rehúsa a regresarle el dinero, la Alianza le regresará la cantidad total que pagó. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en la red de la Alianza y se rehúsa a regresarle el dinero, la Alianza le regresará el dinero, pero solo hasta la cantidad que pagaría FFS de Medi-Cal. La Alianza le regresará el total del dinero pagado de su bolsillo por servicios de emergencia, de planificación familiar u otros servicios que Medi-Cal permita a los proveedores fuera de la red proporcionar sin autorización previa. Si no cumple una de las condiciones anteriores, la Alianza no le regresará el dinero.

La Alianza no le regresará el dinero si:

- Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios estéticos.
- El servicio no es un servicio cubierto por la Alianza.
- Tiene pendiente con Medi-Cal una parte de costo.
- Acudió con un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería ser atendido de todas formas y que usted mismo pagará los servicios.
- Si tiene la Parte D de Medicare, los copagos de las recetas médicas están cubiertos por su plan con Parte D de Medicare.

Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para solicitar un formulario de reclamación. También puede descargar un formulario de reclamación en el sitio web de la Alianza en www.thealliance.health. Revisaremos su queja para decidir si puede recuperar su dinero.

# 3. Cómo obtener cuidado

## Cómo obtener servicios de cuidado de salud

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE SEPA DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE OBTENER SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD**

Puede comenzar a obtener servicios de cuidado de salud a partir de la fecha en la que entre en vigor su inscripción. Lleve siempre su tarjeta de identificación de la Alianza, su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de seguro de salud que tenga. Nunca permita que alguien más utilice su BIC o su tarjeta de identificación de la Alianza.

Los nuevos miembros que solo cuentan con cobertura Medi-Cal deben escoger a su proveedor de cuidado primario (PCP) en la red de la Alianza. Los nuevos miembros con Medi-Cal y otra cobertura médica integral no tienen que elegir un PCP. La red de la Alianza es un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores que trabajan con la Alianza. Debe escoger un PCP en un plazo de 30 días a partir de que se convierta en miembro de la Alianza. Si usted no escoge un PCP, la Alianza elegirá uno por usted.

Puede escoger el mismo PCP o uno diferente para cada miembro de su familia en la Alianza, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que quiere conservar o quiere encontrar un nuevo PCP, puede buscar en el Directorio de Proveedores, que contiene una lista de todos los PCP de la red de la Alianza. El Directorio de Proveedores incluye otra información para ayudarle a escoger un PCP. Si necesita un Directorio de Proveedores, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). También puede encontrar el Directorio de Proveedores en el sitio web de la Alianza en www.thealliance.health.

Si no puede recibir el cuidado que necesita de parte de un proveedor participante de la red de la Alianza, su PCP debe solicitar la aprobación de la Alianza para enviarlo con un proveedor fuera de la red. A esto se le llama referencia. No necesita autorización para acudir a un proveedor fuera de la red para recibir servicios sensibles que estén descritos en la sección “Cuidado sensible” más adelante en este capítulo.

Lea el resto de este capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la red de proveedores.

**Los beneficios de farmacia ahora son administrados por medio del programa de Medi-Cal Rx de cargo por servicio (FFS). Para obtener más información, lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” del Capítulo 4.**

## Proveedor de cuidado primario (PCP)

Debe escoger un PCP en un plazo de 30 días a partir de su inscripción a la Alianza. Dependiendo de su edad y sexo, podrá escoger un doctor general, un ginecobstetra, un doctor familiar, un internista o un pediatra como su Proveedor de Cuidado Primario (PCP). Una enfermera practicante (NP, por sus siglas en inglés), un médico auxiliar (PA, por sus siglas en inglés) o una enfermera partera certificada pueden ser su PCP. Si usted elige una NP, PA o enfermera partera certificada, es posible que le asignen un doctor para que supervise su cuidado. Si usted cuenta tanto con Medicare como con Medi-Cal o si cuenta con otro seguro integral de cuidado de salud, no necesita escoger un PCP.

Puede escoger un proveedor de cuidado de la salud para indígenas (IHCP, por sus siglas en inglés), un Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC, por sus siglas en inglés) o una Clínica Rural de Salud (RHC, por sus siglas en inglés) como su PCP. Dependiendo del tipo de proveedor, es posible que también pueda escoger un PCP para todos los miembros de su familia que sean miembros de la Alianza, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden escoger un IHCP como su PCP, aun si el IHCP no está en la red de la Alianza.

Si no escoge un PCP dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, la Alianza le asignará un PCP. Si le asignan un PCP y lo quiere cambiar, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). El cambio ocurrirá el primer día del mes siguiente.

Su PCP:

- Se familiarizará con sus antecedentes y necesidades de salud.
- Guardará sus archivos de salud, incluyendo sus registros de vacunación.
- Le proporcionará los servicios de cuidado preventivo y de rutina que necesite.
- Lo referirá (enviará) con un especialista si necesita uno.
- Hará los arreglos para el cuidado hospitalario si lo necesita.

Puede consultar el Directorio de Proveedores para encontrar un PCP de la red de la Alianza. El Directorio de Proveedores tiene una lista de los IHCP, los FQHC y las RHC que trabajan con la Alianza.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores de la Alianza en línea en https://thealliance.health/for-members/get-started/find-a-doctor/. O puede solicitar que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores llamando a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 877-855-3000 o 711). También puede llamar para saber si el PCP que quiere está aceptando nuevos pacientes.

## Elección de doctores y otros proveedores

Usted es quien mejor conoce sus necesidades de cuidado de salud, por lo que lo mejor es que usted elija a su PCP.

Es mejor conservar un PCP para que este pueda familiarizarse con sus necesidades de cuidado de salud. Sin embargo, si quiere elegir un nuevo PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe escoger un PCP que se encuentre en la red de proveedores de la Alianza y que reciba nuevos pacientes.

Quien usted elija será su nuevo PCP el primer día del mes siguiente después de hacer el cambio.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

La Alianza puede cambiar su PCP si el PCP no acepta nuevos pacientes, si dejó la red de la Alianza o si no atiende a pacientes de su edad, o si existen inquietudes de calidad con el PCP cuya resolución esté pendiente. La Alianza o su PCP también pueden pedirle que cambie a un nuevo PCP si no puede llevarse bien o estar de acuerdo con su PCP, o si falta o llega tarde a las citas. Si la Alianza necesita cambiar su PCP, se lo informaremos por escrito.

Si su PCP cambia, recibirá por correo una carta y nueva tarjeta de identificación de miembro de la Alianza. Esta tendrá el nombre de su nuevo PCP. Si tiene preguntas sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación, llame a Servicios para Miembros.

Algunas de las cosas que debe considerar al elegir un PCP:

- ¿El PCP atiende a niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica a la que me gusta ir?
- ¿La oficina del PCP está cerca de mi hogar, mi trabajo o la escuela de mis hijos?
- ¿La oficina del PCP está cerca de donde vivo y es fácil llegar a ella?
- ¿Los doctores y el personal hablan mi idioma?
- ¿El PCP trabaja en un hospital que me gusta?
- ¿El PCP proporciona los servicios que podría necesitar?
- ¿El horario de la oficina del PCP se acopla a mi horario?

## Evaluación médica inicial (IHA)

La Alianza recomienda que, como nuevo miembro, visite a su nuevo PCP dentro de los próximos 120 días para realizarse una evaluación médica inicial (IHA, por sus siglas en inglés). El propósito de la IHA es ayudar a su PCP a conocer su historial y necesidades de cuidado de salud. Es posible que su PCP le haga algunas preguntas sobre sus antecedentes de salud o le pida que conteste un cuestionario. Su PCP también le informará sobre la consejería y las clases de educación de la salud que podrían ayudarle.

Cuando llame para programar su cita para la IHA, infórmele a la persona que conteste la llamada que usted es un miembro de la Alianza. Proporcione su número de identificación de la Alianza.

Lleve su BIC y tarjeta de identificación de la Alianza a su cita. Es una buena idea llevar consigo una lista de medicinas y preguntas a su consulta. Prepárese para hablar con su PCP sobre sus necesidades e inquietudes de cuidado de salud.

Asegúrese de llamar a la oficina de su PCP si va a llegar tarde o no puede asistir a su cita.

Si tiene dudas sobre la IHA, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Cuidado de rutina

El cuidado de rutina es el cuidado de salud habitual. Incluye el cuidado preventivo, también llamado bienestar o cuidado del bienestar. El cuidado de rutina le ayuda a mantenerse sano y evitar enfermarse. El cuidado preventivo incluye revisiones regulares, educación de salud y consejería. Los niños pueden recibir servicios preventivos muy necesarios desde temprana edad, como evaluaciones de detección auditiva y visual, evaluaciones del proceso de desarrollo y muchos servicios más recomendados por las pautas de Bright Futures de los pediatras (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf). Además del cuidado preventivo, el cuidado de rutina también incluye el cuidado cuando está enfermo. La Alianza cubre el cuidado de rutina por parte de su PCP.

Su PCP:

- Le proporcionará casi todo su cuidado de rutina, incluidas las revisiones regulares, vacunas, tratamientos, recetas y consejos médicos.
- Guardará sus archivos de salud.
- En caso de que sea necesario, lo referirá (enviará) con un especialista.
- Ordenará rayos X, mamografías o análisis de laboratorio si usted los necesita.

Cuando necesite cuidado de rutina, debe llamar a su PCP para programar una cita. Asegúrese de llamar a su PCP antes de recibir cuidado médico, a menos que sea una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Para obtener más información sobre el cuidado de salud y los servicios que su plan cubre y lo que no cubre, lea “Beneficios y servicios” y “Atención preventiva de niños y jóvenes” en este manual.

**Todos los proveedores de la Alianza pueden usar ayudas y servicios para comunicarse con personas con discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Hágale saber sus necesidades a su proveedor o a la Alianza.**

# Red de proveedores

La red de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con la Alianza. Usted obtendrá la mayoría de sus servicios cubiertos mediante la red de la Alianza.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden escoger un IHCP como su PCP, aún si el IHCP no está en la red de la Alianza.

Si su PCP, hospital u otro proveedor tiene una objeción moral para proporcionarle un servicio cubierto, como planificación familiar o abortos, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Para obtener más información acerca de las objeciones morales, lea la sección “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral, puede ayudarle a encontrar otro proveedor que le brinde los servicios que usted necesite. La Alianza también puede ayudarle a encontrar un proveedor que le brinde el servicio.

## Proveedores de la red

Usted utilizará proveedores de la red de la Alianza para la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud. Recibirá cuidado preventivo y de rutina por parte de su proveedor de la red. También utilizará especialistas, hospitales y otros proveedores de la red de la Alianza.

Para obtener un Directorio de Proveedores de la red de proveedores, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). También puede encontrar el Directorio de Proveedores de la Alianza en línea en https://thealliance.health/for-members/get-started/find-a-doctor/. Para obtener una copia de la lista de medicamentos con contrato, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx: https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Usted debe tener autorización previa de la Alianza antes de visitar a un proveedor fuera de la red de la Alianza, incluyendo dentro del área de servicio de la Alianza, salvo en las siguientes situaciones:

- Necesita servicios de emergencia, en cuyo caso debe llamar al 911 o acudir al hospital más cercano.

- Se encuentra fuera del área de servicio de la Alianza y necesita atención de urgencia, en cuyo caso puede acudir a cualquier centro de atención de urgencia.
- Necesita servicios de planificación familiar, en cuyo caso puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa.
- Necesita servicios de salud mental, en cuyo caso puede acudir ya sea a un proveedor dentro de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin aprobación previa.

Si no se encuentra en alguna de estas situaciones y no obtiene una aprobación previa y acude con un proveedor fuera de la red por atención que no sea atención de emergencia o atención sensible, es posible que deba pagar por la atención de los proveedores fuera de la red.

## Proveedores fuera de la red que se encuentran dentro del área de servicio

Los proveedores fuera de la red son aquellos que no tienen un acuerdo para trabajar con la Alianza. Con excepción del cuidado de emergencia, es posible que tenga que pagar por el cuidado que obtenga de proveedores fuera de la red. Si necesita servicios de cuidado de salud cubiertos, es posible que pueda obtenerlos fuera de la red sin costo para usted, siempre y cuando estos sean médicamente necesarios y no estén disponibles en la red.

La Alianza puede autorizar una referencia a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su hogar. Si lo referimos a un proveedor fuera de la red, pagaremos su cuidado.

Para cuidado de urgencia dentro del área de servicio de la Alianza, debe visitar a un proveedor de cuidado de urgencia de la red de la Alianza. No necesita autorización previa para obtener cuidado de urgencia de un proveedor dentro de la red. Si no obtiene la autorización previa, es posible que tenga que pagar el cuidado de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de la Alianza. Para obtener más información sobre servicios de cuidado de emergencia, urgencia o sensible, consulte esas secciones en este capítulo.

Nota: Si usted es un indígena estadounidense, puede obtener cuidado de un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.

Si necesita asistencia con servicios fuera de la red, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera del área de servicio de la Alianza y necesita cuidado que **no** sea de emergencia o urgencia, llame a su PCP de inmediato. O llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Nuestras áreas de servicio son los condados de Santa Cruz, Monterey y Merced.

Para obtener cuidado de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana. La Alianza cubre el cuidado de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o México y necesita servicios de emergencia que requieran hospitalización, la Alianza cubrirá su cuidado. Si está de viaje internacional fuera de Canadá o México y necesita servicios de emergencia, atención de urgencia o servicios de cuidado de la salud, la Alianza **no** cubrirá su atención.

Si pagó servicios de emergencia que requieren de hospitalización en Canadá o México, puede solicitar a la Alianza que le regrese el dinero. La Alianza revisará su solicitud.

Si está en otro estado, incluidos los territorios de los Estados Unidos (Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Estadounidenses), usted está cubierto para cuidado de emergencia, aunque no todos los hospitales y doctores aceptan Medicaid (Medicaid es como se le conoce a Medi-Cal en otros estados). Si necesita cuidado de emergencia fuera de California, dígale lo antes posible al doctor del hospital o de la sala de emergencia que tiene Medi-Cal y que es miembro de la Alianza. Solicite al hospital que saque copias de su tarjeta de identificación de la Alianza. Dígale al hospital y a los doctores que le cobren a la Alianza. Si recibe un cobro por servicios que recibió en otro estado, llame a la Alianza de inmediato. Trabajaremos con el hospital o el doctor para arreglar que la Alianza pague su cuidado.

Si está fuera de California y necesita resurtir con urgencia las medicinas recetadas de un paciente externo, pida que la farmacia llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 para solicitar ayuda.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de IHCP fuera de la red.

Si necesita servicios para el cuidado de salud para una condición médica que reúne los requisitos de California Children’s Services (Servicios para Niños de California) (CCS, por sus siglas en inglés) y la Alianza no tiene un especialista del panel de CCS en la red que pueda proporcionar el cuidado que necesita, usted podrá acudir a un proveedor externo de la red de proveedores sin ningún costo para usted. Para conocer más sobre el programa CCS, lea el capítulo “Beneficios y servicios” de este manual.

Si tiene preguntas sobre el cuidado fuera de la red o fuera del área de servicio, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Si la oficina está cerrada y desea la ayuda de un representante, llame a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al 844-971-8907.

Si necesita atención de urgencia fuera del área de la Alianza, vaya al centro de atención de urgencia más cercano. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos y necesita atención de urgencia, la Alianza no cubriremos su atención. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, consulte el título Atención de urgencia presentado más adelante en este capítulo.

## Doctores

Debe escoger a su doctor como proveedor de cuidado primario (PCP) del Directorio de Proveedores de la Alianza El doctor que escoja debe ser un proveedor dentro de la red. Para obtener una copia del Directorio de Proveedores de la Alianza, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). O consúltelo en línea en https://thealliance.health/for-members/get-started/find-a-doctor/.

Si está eligiendo un nuevo doctor, también debe llamar para verificar si el PCP que usted quiere está recibiendo nuevos pacientes.

Si usted estaba viendo a un doctor antes de ser miembro de la Alianza y el doctor no forma parte de la red de la Alianza, es posible que pueda conservar ese doctor por un tiempo limitado. A esto se le llama cuidado continuo. Puede leer más sobre el cuidado continuo en este manual. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Si necesita un especialista, su PCP lo referirá a un especialista de la red de la Alianza.

Para algunos especialistas no es necesario una remisión. Para obtener más información sobre las remisiones, consulte el título “Remisiones” presentado más adelante en este capítulo.

Recuerde que, si usted no elige un PCP, la Alianza elegirá uno por usted, salvo que cuente con otra cobertura de salud integral además de Medi-Cal. Usted es quien mejor conoce sus necesidades de cuidado de salud, por lo que lo mejor es que usted elija. Si usted cuenta tanto con Medicare como con Medi-Cal o si cuenta con otro seguro de cuidado de salud, no necesita escoger un PCP.

Si desea cambiar de PCP, debe escoger un PCP del Directorio de Proveedores de la Alianza. Asegúrese de que su nuevo PCP reciba pacientes nuevos. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Hospitales

En una emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si no es una emergencia y necesita cuidado hospitalario, su PCP decidirá a qué hospital debe ir. Necesitará acudir a un hospital que su PCP use y que esté en la red de proveedores de la Alianza. Los hospitales de la red de la Alianza se mencionan en el Directorio de Proveedores.

## Especialistas en salud de la mujer

Puede acudir con un especialista en salud de la mujer dentro de la red de la Alianza para obtener el cuidado cubierto necesario para proporcionar servicios de cuidado de salud preventivo y de rutina para mujeres. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para obtener ayuda para encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 844-971-8907.

## Directorio de proveedores

El Directorio de Proveedores de la Alianza menciona a los proveedores que participan en la red de la Alianza. La red es un grupo de proveedores que trabajan con la Alianza.

El Directorio de Proveedores de la Alianza incluye hospitales, PCP, especialistas, enfermeras practicantes, enfermeras parteras, médicos auxiliares, proveedores de planificación familiar, Centros de Salud con Calificación Federal (FQHC), proveedores de salud mental para pacientes externos, servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), Centros Independientes de Partos (FBC, por sus siglas en inglés), proveedores de cuidado de salud para Indígenas (IHCP) y Clínicas Rurales de Salud (RHC).

El Directorio de Proveedores contiene el nombre, la especialidad, la dirección, el número de teléfono, el horario de atención, así como los idiomas que hablan los proveedores de la red de la Alianza. El directorio menciona si el proveedor está recibiendo nuevos pacientes. También le da el nivel de accesibilidad física al edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandales y baños con puertas amplias y barras de sujeción. Si desea información sobre la educación, capacitación y certificación de la junta de un doctor, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en https://provider.portal.ccah-alliance.org/providerdirectory/.

Si necesita un Directorio de Proveedores impreso, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

**Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/. También puede encontrar una farmacia cercana llamando a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711). Acceso oportuno al cuidado.**

## Acceso oportuno a la atención

Su proveedor dentro de la red debe ofrecerle una cita dentro de los plazos indicados a continuación:

En ocasiones esperar más para obtener cuidado no es un problema. Su proveedor puede darle un tiempo de espera más largo si no afecta su salud. Se tiene que registrar en su archivo que un tiempo de espera más largo no afectará su salud.

| Tipo de cita | Debería poder obtener una cita en un máximo de: |
|---|---|
| Citas de cuidado de urgencia que no requieran aprobación previa (autorización previa) | 48 horas |
| Citas de cuidado de urgencia que requieran aprobación previa (autorización previa) | 96 horas |
| Citas de cuidado primario no urgentes (de rutina) | 10 días hábiles |
| Citas de cuidado no urgentes (de rutina) con un especialista | 15 días hábiles |
| Citas no urgentes (de rutina) con proveedores (no doctores) de cuidado de salud mental | 10 días hábiles |
| Citas de atención de seguimiento con un proveedor de salud mental (no médico) no urgentes (de rutina) | 10 días hábiles desde la última cita |

| Tipo de cita | Debería poder obtener una cita en un máximo de: |
|---|---|
| Citas no urgentes (de rutina) para servicios complementarios (de apoyo) para el diagnóstico o el tratamiento de lesiones, enfermedades u otras condiciones de salud | 15 días hábiles |

| Otros estándares de tiempos de espera | Usted debería poder comunicarse dentro de: |
|---|---|
| Tiempos de espera en el teléfono de Servicios al Miembro durante el horario normal de atención | 10 minutos |
| Tiempos de espera en el teléfono para la línea de asistencia de enfermería | 30 minutos (comunicarse con una enfermera) |

## Tiempo de viaje o distancia para el cuidado

La Alianza debe seguir los estándares de tiempo de viaje o distancia para su cuidado. Dichos estándares ayudan a garantizar que pueda recibir cuidados sin tener que viajar por mucho tiempo o muy lejos de donde vive. Los estándares de tiempo o distancia de viaje dependen del condado en el que vive.

Si la Alianza no puede brindarle cuidados dentro de estos estándares de tiempo y distancia de viaje, el DHCS puede aprobar un estándar diferente, llamado estándar de acceso alternativo. Para conocer los estándares de tiempo y distancia de la Alianza para el lugar donde vive, visite www.thealliance.health. O llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Si necesita recibir cuidados de un proveedor y ese proveedor se encuentra lejos de donde vive, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Pueden ayudarle a encontrar cuidados con un proveedor ubicado más cerca de usted. Si la Alianza no puede encontrar cuidados para usted con un proveedor más cercano, puede solicitar que la Alianza organice el transporte para acudir con su proveedor, incluso si ese proveedor se encuentra lejos de donde vive. Si necesita ayuda con los proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711).

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor dentro de los estándares de tiempo o distancia de viaje de la Alianza para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que la Alianza pueda usar para su código postal.

## Citas

Cuando necesite cuidado de la salud:

- Llame a su PCP.
- Tenga a la mano su número de identificación de Alianza cuando llame.
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si la oficina está cerrada.
- Lleve su BIC y tarjeta de identificación de la Alianza a su cita.
- Pida asistencia de idioma o servicios de interpretación antes de su cita para contar con los servicios en el momento de su consulta, si es necesario.
- Preséntese a tiempo a su cita, llegue unos minutos antes para registrarse, llenar formularios y contestar cualquier pregunta que su PCP pueda tener.
- Llame de inmediato si no puede asistir a su cita o si va a llegar tarde.
- Tenga listas sus preguntas y la información de sus medicinas en caso de que las necesite.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana.

## Cómo llegar a su cita

Si no tiene forma de llegar a sus citas de servicios cubierts y regresar, podemos coordinar un transporte para usted. Este servicio, llamado transporte médico, **no** es para emergencias. Si tiene una emergencia, llame al **911**. El transporte médico está disponible para los servicios y las citas que no están relacionados con servicios de emergencia y podría estar disponible sin costo para usted.

Vaya a la sección “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” para obtener más información.

## Cancelaciones y reprogramaciones

Si no puede acudir a su cita, llame a la oficina de su proveedor de inmediato. La mayoría de los doctores le piden que les llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si no acude a dos citas seguidas, es posible que su doctor ya no quiera tenerlo como su paciente.

## Pago

Usted **no** tiene que pagar por los servicios cubiertos. En la mayoría de los casos, no recibirá un cobro de un proveedor. Cuando reciba cualquier servicio de cuidado de salud o medicina recetada, deberá mostrar su tarjeta de identificación de la Alianza y su BIC de Medi-Cal, para que su proveedor sepa a quien cobrarle. Es posible que reciba una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o un estado de cuenta de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son cobros.

Si recibe un cobro, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Si recibe un cobro por medicamentos recetados, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/. Dígale a la Alianza la cantidad cobrada, la fecha del servicio y la razón del cobro. Usted **no** es responsable de pagar a un proveedor ninguna cantidad que la Alianza deba por cualquier servicio cubierto. Necesita tener aprobación previa (autorización previa) de la Alianza antes de visitar a un proveedor fuera de la red, incluido dentro del área de servicio de la Alianza, excepto en las siguientes situaciones:

- Necesita servicios de emergencia, en cuyo caso debe llamar al 911 o acudir al hospital más cercano.
- Necesita servicios de planificación familiar o servicios relacionados con pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual, en cuyo caso puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa.
- Necesita servicios de salud mental, en cuyo caso puede acudir ya sea a un proveedor dentro de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin aprobación previa.

Si no obtiene la autorización previa, es posible que deba pagar el cuidado a los proveedores que no están en la red. Si necesita servicios de cuidado de salud cubiertos, es posible que pueda obtenerlos de un proveedor fuera de la red sin costo para usted, siempre y cuando estos sean médicamente necesarios, no estén disponibles en la red y sean aprobados previamente por la Alianza. Para obtener más información sobre servicios de cuidado de emergencia o urgencia, o servicios sensibles, consulte esas secciones en este capítulo.

Si recibe un cobro o se le solicita que cubra un copago que piensa que no tenía que pagar, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Si paga el cobro, puede presentar un formulario de reclamo a la Alianza. Necesitará decirle a la Alianza por escrito por qué tuvo que pagar el artículo o el servicio. La Alianza leerá su reclamo y decidiremos si puede recuperar su dinero. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Si recibe servicios en el Sistema de Asuntos de Veteranos, o servicios no cubiertos o no autorizados fuera de California, es posible que sea responsable del pago.

La Alianza no le regresará el dinero si:

- Los servicios estéticos no están cubiertos por Medi-Cal.
- Tiene pendiente con Medi-Cal una parte de costo.
- Acudió con un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería ser atendido de todas formas y que usted mismo pagará los servicios.
- Solicitó que le regresaran los copagos por los medicamentos recetados cubiertos por la parte D de su plan de Medicare.

## Referencias

Su PCP u otro especialista le brindará una referencia para que visite a un especialista dentro del margen de tiempo indicado en la sección “Acceso oportuno a la atención” de este manual si necesita uno. Un especialista es un doctor que tiene educación adicional en un área de la medicina. Su PCP trabajará con usted para escoger un especialista. La oficina de su PCP puede ayudarle a establecer un horario para visitar al especialista.

Otros servicios que podrían requerir una referencia incluyen procedimientos en la oficina del doctor, rayos X y análisis de laboratorio.

Su PCP puede darle un formulario para que lo lleve al especialista. El especialista llenará el formulario y lo devolverá a su PCP. El especialista le brindará tratamiento durante el tiempo que considere necesario.

Si tiene un problema de salud que requiera cuidado médico especial por mucho tiempo, es posible que necesite una referencia permanente. Esto significa que puede visitar al mismo especialista más de una vez sin tener que obtener una referencia en cada ocasión.

Si tiene problemas para obtener una referencia permanente o quiere una copia de la política de referencias de la Alianza, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

No necesita una referencia para:

- Consultas con el PCP
- Consultas de obstetricia/ginecología (OB/GYN)
- Consultas de cuidado de urgencia o emergencia
- Servicios sensibles para adultos, como cuidado por agresión sexual
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina del Servicio de Información y Referencias de Planificación Familiar al 1-800-942-1054)
- Pruebas de VIH y consejería (solo mayores de 12 años)
- Servicios para infecciones de transmisión sexual (solo mayores de 12 años)
- Vacunas y otros servicios preventivos de rutina
- Servicios quiroprácticos (es posible que se requiera una referencia cuando los proporcionen FQHC, RHC e IHCP fuera de la red)
- Evaluación de salud mental inicial
- Examen rutinario de la vista

Los menores también pueden obtener algunos servicios de salud mental para pacientes externos, servicios sensibles y servicios para el síndrome de abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres. Para obtener más información, lea “Servicios con consentimiento a menores” y “Servicios de tratamiento para el síndrome de abuso de sustancias” en este manual.

**¿Esta listo para dejar de fumar? Para saber cómo, llame al 1-800-300-8086 para inglés o al 1-800-600-8191 para español. O visite www.kickitca.org.**

## Aprobación previa (autorización previa)

Para algunos tipos de cuidado, su PCP o especialista deberán pedir permiso a la Alianza antes de que usted obtenga el cuidado. A esto se le llama pedir autorización previa, aprobación previa o preaprobación. Esto significa que la Alianza debe asegurarse de que el cuidado sea médicamente necesario.

Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen cuidado que es médicamente necesario para resolver o ayudar a mejorar una enfermedad o condición mental o física.

Los siguientes servicios siempre necesitan aprobación previa (autorización previa), incluso si los recibe de un proveedor de la red de la Alianza:

- Hospitalización, si no se trata de una emergencia.
- Servicios fuera del área de servicio de la Alianza si no son de emergencia o urgencias.
- Cirugía para pacientes externos.
- Cuidado especializado a largo plazo o servicios de enfermería especializada en un asilo de ancianos.
- Tratamientos especializados, diagnóstico por imágenes, pruebas y procedimientos.
- Servicios de transporte médico cuando no se trate de una emergencia. Los servicios de ambulancia para emergencias no requieren autorización previa.

De acuerdo con la sección 1367.01(h)(1) del Código de Salud y Seguridad, la Alianza tomará una decisión respecto a las aprobaciones previas (autorizaciones previas) de rutina en un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en la que la Alianza reciba la información razonablemente necesaria para tomar una decisión.

Para las solicitudes en las que un proveedor indique o la Alianza determine que seguir el plazo normal podría poner en peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, conservar o recobrar la función máxima, la Alianza tomará una decisión expedita (rápida) respecto a la aprobación previa (autorización previa). La Alianza le informará tan pronto como lo requiera su condición de salud y a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de los servicios.

Las solicitudes de aprobación previa (autorización previa) son revisadas por personal clínico o médico, como doctores, enfermeras y farmacéuticos.

La Alianza **no** paga a los revisores para que nieguen la cobertura o los servicios. Si la Alianza no aprueba la solicitud, le enviaremos una carta de aviso de acción (NOA, por sus siglas en inglés). La carta de NOA le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

La Alianza se comunicará con usted si la Alianza necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Nunca requerirá una aprobación previa (autorización previa) para cuidado de emergencia, incluso si ocurre fuera de la red y fuera de su área de servicio. Esto incluye trabajo de parto y alumbramiento, si está embarazada. No necesita aprobación previa para ciertos servicios de cuidado sensible. Para obtener más información sobre los servicios de atención sensible, consulte apartado “Atención sensible” que aparece más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre las aprobaciones previas (autorizaciones previas), llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Segundas opiniones

Quizás quiera una segunda opinión sobre el cuidado que su proveedor dice que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, es posible que quiera una segunda opinión si no está seguro de que necesita un tratamiento o cirugía prescritos, o si ha intentado seguir un plan de tratamiento y este no ha funcionado.

Si desea recibir una segunda opinión, lo referiremos a un proveedor calificado de la red que puede darle una segunda opinión. Si desea ayuda para elegir un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

La Alianza pagará por la segunda opinión si usted o su proveedor de la red la solicitan y si usted recibe la segunda opinión de un proveedor de la red. No necesita el permiso de la Alianza para recibir una segunda opinión de un proveedor de la red. Sin embargo, si necesita una referencia, su proveedor de la red puede ayudarle a obtener una referencia para una segunda opinión si la necesita.

Si no hay un proveedor de la red de la Alianza que le proporcione una segunda opinión, la Alianza pagará por una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. La Alianza le indicará dentro de los siguientes 5 días hábiles si el proveedor que usted escogió para la segunda opinión está aprobado. Si tiene una enfermedad crónica o grave, o si se encuentra ante una amenaza inmediata y grave para su salud, incluidos, entre otros, la pérdida de la vida, de una extremidad o de una parte importante del cuerpo o de una función corporal, la Alianza le informará por escrito en un plazo de 72 horas.

Si la Alianza rechaza su solicitud para una segunda opinión, usted puede presentar una queja. Para saber más sobre quejas, consulte la sección de “Quejas” en el capítulo titulado “Cómo reportar y resolver problemas” de este manual.

# Cuidado sensible

## Servicios con consentimiento del menor

Si tiene menos de 18 años de edad, puede recibir algunos servicios sin el permiso de un padre o tutor. Estos servicios reciben el nombre de servicios sin consentimiento para menores.

Puede recibir los siguientes servicios sin el permiso de sus padres o tutores:

- servicios por ataque sexual, incluido el cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios
- embarazo
- planificación familiar y anticoncepción
- servicios de aborto

Si tiene 12 años o más, también puede obtener los siguientes servicios sin el permiso de sus padres o tutores:

- Cuidado de salud mental para pacientes externos:
  - Agresión sexual
  - Incesto
  - Agresión física
  - Maltrato de menores
  - Cuando tiene ideas de hacerse daño o hacérselo a otros
- Prevención, pruebas, y tratamiento del VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas, y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

- Tratamiento de trastorno de abuso de sustancias.
  - Para obtener más información consulte “Servicios de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias” en este manual.

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, servicios de control de natalidad o servicios para infecciones de transmisión sexual, el doctor o la clínica no tienen que formar parte de la red de la Alianza. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a él para recibir estos servicios sin una referencia o aprobación previa (autorización previa). Para obtener servicios sin consentimiento para menores que no sean servicios de especialidad de salud mental, puede acudir a un proveedor dentro de la red sin una remisión ni aprobación previa. No necesita una remisión de su PCP y no necesita obtener una aprobación previa de la Alianza para obtener los servicios sin consentimiento para menores cubiertos en este Manual para miembros.

Los servicios sin consentimiento para menores que son servicios de especialidad de salud mental no están cubiertos en este Manual para miembros. Los servicios de especialidad de salud mental están cubiertos en el plan de salud mental de condado donde usted vive.

Los menores pueden hablar en privado con un representante sobre sus inquietudes de salud llamando, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al 844-971-8907 (llamada gratuita).

La Alianza no enviará información sobre haber recibido servicios sensibles a los padres o tutores. Consulte la sección “Aviso sobre prácticas de privacidad” para obtener información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles.

## Servicios sensibles para adultos

Como adulto (de 18 años o más), es posible que no desee acudir a su PCP para recibir cierto cuidado privado o sensible. De ser así, puede elegir cualquier doctor o clínica para los siguientes tipos de cuidado:

- Planificación familiar y control de natalidad (incluida la esterilización para adultos mayores de 21 años)
- Pruebas de embarazo y asesoría
- Prevención y pruebas del VIH/SIDA
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual

- Cuidado por agresión sexual
- Servicios de aborto para pacientes externos

El doctor o la clínica no tienen que ser parte de la red de la Alianza. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a él sin una referencia o aprobación previa (autorización previa) para recibir estos servicios. Es posible que los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con el cuidado sensible no estén cubiertos. Si necesita ayuda para encontrar un doctor o una clínica que brinde estos servicios o para obtener ayuda para llegar a estos servicios (incluido el transporte), puede llamar a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 844-971-8907 (línea gratuita).

La Alianza no enviará información sobre haber recibido servicios sensibles a otros miembros del hogar. Consulte la sección “Aviso sobre prácticas de privacidad” para obtener información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con los servicios sensibles.

## Objeción moral

Algunos proveedores tienen objeciones morales con respecto a algunos servicios. Esto significa que tienen derecho a **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están moralmente de acuerdo con ellos. Si su proveedor tiene una objeción moral, le ayudará a encontrar otro proveedor para los servicios que usted necesite. La Alianza también puede trabajar con usted para encontrar un proveedor.

Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios, los cuales pueden estar cubiertos de acuerdo con el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podrían necesitar:

- Planificación familiar;
- Servicios anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia;
- Esterilización, incluida la ligadura de trompas realizada durante la labor de parto y el parto;
- Tratamientos para la infertilidad;
- Aborto.

Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su futuro doctor, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para asegurarse de que pueda obtener los servicios de cuidado de salud que necesite.

Estos servicios están disponibles y la Alianza debe asegurarse de que usted o su familiar acuda a un proveedor o lo admitan en un hospital que prestará los servicios cubiertos. Llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor.

## Cuidado de urgencia

El cuidado de urgencia **no** es para una emergencia o una condición que constituya una amenaza para la vida. Es para servicios que necesite para evitar un daño grave a su salud derivado de una enfermedad, lesión o complicación repentina de una condición que usted ya padezca. La mayoría de las citas de cuidado de urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa) y están disponibles dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud de cita. Si los servicios de cuidado de urgencia que necesita requieren aprobación previa, se le ofrecerá una cita dentro de las 96 horas posteriores a su solicitud.

Para obtener cuidado de urgencia, llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). O puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al 844-971-8907 (línea gratuita), para saber cuál es el mejor nivel de cuidado para usted. Si se requiere una visita urgente, puede encontrar Oficinas de Acceso para Visitas Urgentes en nuestro Directorio de Proveedores en línea en https://provider.portal.ccah-alliance.org/providerdirectory.

Si necesita cuidado de urgencia fuera del área, vaya al centro de cuidado de urgencia más cercano.

Las necesidades de cuidado de urgencia pueden ser:

- un resfriado
- dolor de garganta
- fiebre
- dolor de oído
- esguince muscular
- o servicios de maternidad

Usted debe obtener servicios de atención de urgencia de un proveedor dentro de la red cuando se encuentre dentro del área de servicio de la Alianza. No necesita una aprobación previa (autorización previa) para obtener cuidados de urgencia de los

proveedores de la red dentro del área de servicio de la Alianza. Si se encuentra fuera del área de servicio de la Alianza, pero dentro de los Estados Unidos, no necesita una aprobación previa para obtener atención de urgencia. Vaya al centro de cuidado de urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos y necesita atención de urgencia, la Alianza no cubrirá su atención.

Si necesita cuidado de urgencia de salud mental, llame al plan de salud mental de su condado o a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Puede llamar al plan de salud mental de su condado o a su Organización de Salud Conductual de la Alianza, Beacon Health Options, al 855-765-9700 en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para encontrar los números telefónicos gratuitos de todos los condados en línea, visite http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx.

Su proveedor de atención de urgencia podría recetarle medicamento como parte de su consulta de atención de urgencia. Si le recetan medicamento como parte de su consulta, la Alianza cubrirá los medicamentos como parte de su atención de urgencia cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le da una receta médica para llevarla a una farmacia, el programa Medi-Cal Rx cubrirá los medicamentos. Para obtener más información cobre Medi-Cal Rx, consulte el título “Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx” en la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el Capítulo 4.

## Cuidado de emergencia

Para obtener cuidado de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia (ER, por sus siglas en inglés) más cercana. **No** necesita una aprobación previa (autorización previa) por parte de la Alianza para obtener cuidado de emergencia.

Dentro de los Estados Unidos, incluidos todos los territorios de los Estados Unidos, usted tiene derecho a utilizar cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia.

Fuera de los Estados Unidos, solamente están cubiertos los servicios de emergencia que requieren hospitalización en Canadá y México.

El cuidado de emergencia es para condiciones médicas que constituyan una amenaza para la vida. Este cuidado es para enfermedades o lesiones sobre las que una persona sin formación médica, pero prudente (razonable) con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que, si usted no recibe cuidado de inmediato, su salud (o la salud de su bebé en gestación) podría estar en peligro, o una función corporal, un órgano o una parte del cuerpo podrían verse gravemente afectados. Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- Trabajo de parto
- Huesos rotos
- Dolor grave
- Dolor en el pecho
- Problemas para respirar
- Quemaduras graves
- Sobredosis de drogas
- Desmayos
- Sangrado grave
- Condiciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas (pueden estar cubiertas por los planes de salud mental del condado)

**No acuda a la ER para obtener cuidado de rutina o cuidado que no se necesita de inmediato.** Debe recibir su cuidado de rutina por parte de su PCP, quien mejor lo conoce. Si no está seguro de si su condición médica es una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 844-971-8907 (línea gratuita).

Si necesita cuidado de emergencia fuera de su hogar, acuda a la sala de emergencia (ER) más cercana, aun cuando no esté en la red de la Alianza. Si va a la ER, pídales que llamen a la Alianza. Usted, o el hospital donde lo hayan admitido, debe llamar a la Alianza en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que reciba el cuidado de emergencia. Si viaja fuera de los EE. UU., salvo Canadá o México, y necesita cuidado de emergencia, la Alianza **no** cubrirá su cuidado.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. No es necesario que, antes de ir a la ER, pregunte primero a su PCP o a la Alianza.

Si necesita cuidado en un hospital fuera de la red después de su emergencia (cuidado posterior a la estabilización), el hospital llamará a la Alianza.

**Recuerde**: no llame al **911** a menos que sea una emergencia. Obtenga cuidado de emergencia únicamente para emergencias, no para cuidado de rutina o enfermedades leves, como el resfriado o el dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana.

**La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza le proporciona información y consejos médicos gratuitos las 24 horas al día, todos los días del año. Llame al 844-971-8907 (línea gratuita) (TTY: marque 711).**

## La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza

La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza le proporciona información y consejos médicos gratuitos las 24 horas al día, todos los días del año. Llame al 844-971-8907 (TTY: marque 711) para:

- Hablar con una enfermera que responderá sus preguntas médicas, le dará consejos sobre el cuidado y le ayudará a decidir si debería visitar a un proveedor de inmediato
- Obtener ayuda con condiciones médicas como la diabetes o el asma, incluidos consejos sobre qué tipo de proveedor puede ser el adecuado para su condición

Le pedirán su número de ID y su fecha de nacimiento. Tenga esta información a la mano cuando llame a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza. La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza **no puede** ayudarle con citas en la clínica o resurtidos de medicamentos. Llame a la oficina de su proveedor si necesita ayuda con alguna de estas.

## Instrucciones anticipadas

Una instrucción de salud por anticipado es un formulario legal. Usted puede hacer una lista en el formulario sobre el cuidado de salud desea recibir en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones más adelante. Puede hacer una lista de qué cuidado **no** desea recibir. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome las decisiones sobre su cuidado de salud, si usted no puede hacerlo.

Puede obtener un formulario de instrucción anticipada en farmacias, hospitales, despachos legales y oficinas de doctores. Es posible que deba pagar por el formulario. También puede encontrar y descargar un formulario gratuito en línea. Puede pedirle a su familia, a su PCP o a alguien en quien confíe que le ayude a llenar el formulario.

Tiene derecho a hacer que su instrucción anticipada se incluya en sus archivos médicos. Tiene derecho a cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.

Asimismo, tiene derecho a conocer los cambios a las leyes sobre instrucciones anticipadas. La Alianza le informará sobre los cambios a la ley estatal en un plazo no mayor a 90 días después del cambio.

Puede llamar a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) para obtener más información.

## Donación de órganos y tejidos

Usted puede ayudar a salvar vidas si se convierte en donador de órganos o tejidos. Si tiene entre 15 y 18 años de edad, puede convertirse en donador con el consentimiento por escrito de su padre o tutor legal. Puede cambiar de opinión sobre ser un donador en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre la donación de órganos o tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.organdonor.gov.

# 4. Beneficios y servicios

## ¿Qué cubre su plan de salud?

Este capítulo explica sus servicios cubiertos como miembro de la Alianza. Sus servicios cubiertos son gratuitos siempre y cuando sean médicamente necesarios y sean suministrados por un proveedor de la red. Usted debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si el cuidado se proporcionará fuera de la red, excepto para ciertos servicios sensibles y cuidado de emergencias. Su plan de salud puede cubrir servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red. Pero para esto, usted debe solicitar a la Alianza la aprobación previa (autorización previa). Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen cuidado que es médicamente necesario para resolver o ayudar a mejorar una enfermedad o condición mental o física. Para obtener más detalles sobre sus servicios cubiertos, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Los miembros menores de 21 años obtienen beneficios y servicios adicionales gratis. Lea el Capítulo 5: Atención preventiva de niños y jóvenes, para más información.

A continuación, se mencionan algunos de los beneficios de salud básicos que ofrece la Alianza. Los beneficios con un asterisco ( * ) pueden requerir de aprobación previa.

- Acupuntura*
- Terapias y servicios agudos de cuidado en el hogar (tratamiento a corto plazo)
- Inmunizaciones (vacunas) para adultos
- Pruebas de alergias e inyecciones
- Servicios de ambulancia para una emergencia
- Servicios de anestesiólogo
- Prevención del asma
- Audiología*
- Tratamientos de salud de la conducta*
- Pruebas de biomarcadores
- Rehabilitación cardiaca
- Servicios quiroprácticos*
- Quimioterapia y terapia de radiación
- Evaluación de salud cognitiva
- Servicios de trabajadores de salud comunitaria
- Servicios dentales, limitados (realizados por un profesional médico o PCP en un consultorio médico)
- Servicios de diálisis o hemodiálisis
- Servicios de Doula
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)*
- Servicios de atención diádica
- Consultas en la sala de emergencia
- Nutrición enteral y parenteral*
- Consultas y consejería en la oficina de planificación familiar (puede acudir a un proveedor que no participe en la red)
- Terapia familiar
- Servicios y dispositivos de habilitación*
- Audífonos
- Cuidado de salud en el hogar*
- Cuidado en hospicio*
- Cuidado médico y quirúrgico para pacientes internos*
- Laboratorio y radiología*
- Terapias y servicios de cuidado de la salud en el hogar a largo plazo*
- Cuidado de maternidad y de recién nacidos
- Trasplante de órganos importantes*
- Terapia ocupacional*
- Aparatos ortopédicos y prótesis*
- Insumos de ostomía y urológicos
- Servicios de hospital para pacientes externos
- Servicios de salud mental para pacientes externos
- Cirugía para pacientes externos*
- Cuidados paliativos*
- Consultas con el PCP
- Servicios pediátricos
- Terapia física*
- Servicios de podología*
- Rehabilitación pulmonar
- Secuenciación rápida del genoma completo
- Servicios y dispositivos de rehabilitación*
- Servicios de enfermería especializada
- Consultas con especialistas
- Terapia del habla*
- Servicios quirúrgicos
- Telemedicina/telesalud

- Servicios para personas transgénero*
- Cuidado de urgencia
- Servicios de la vista*
- Servicios de salud de la mujer

Las definiciones y las descripciones de los servicios cubiertos se pueden encontrar en el Capítulo 8, “Números y palabras importantes que debe conocer”.

**Los servicios médicamente necesarios son razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada.**

**Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios que son necesarios para el crecimiento y desarrollo correspondiente a la edad, o para lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional.**

**Para los miembros menores de 21 años, un servicio es médicamente necesario si se requiere para corregir o aminorar defectos y enfermedades o condiciones físicas y mentales de acuerdo con el beneficio federal de Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés). Esto incluye el cuidado necesario para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o condición física o mental, o para evitar que la condición del miembro empeore.**

**Los servicios médicamente necesarios no incluyen:**

- Tratamientos que no están probados o que están en prueba
- Servicios o artículos que, por lo general, no están saceptados como eficaces
- Servicios fuera del curso o la duración normales de tratamiento o servicios que no tienen lineamientos clínicos
- Servicios para la conveniencia del cuidador o el proveedor

La Alianza se coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si esos servicios los cubre otro programa y no la Alianza.

Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para lo siguiente:

- Proteger la vida;
- Evitar una enfermedad o una discapacidad importante;
- Aliviar el dolor intenso;
- Lograr el crecimiento y el desarrollo correspondientes a la edad, y
- Lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios incluyen todos los servicios cubiertos previamente mencionados y cualquier otro cuidado de la salud, servicio de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o aminorar defectos, y enfermedades y condiciones físicas y mentales, tal como lo exige el beneficio federal de Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT).

El EPSDT brinda una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de familias de bajos ingresos. El beneficio de EPSDT es más sólido que el beneficio para adultos y está diseñado para garantizar que los niños reciban detección y cuidado tempranos, de manera que los problemas de salud se eviten, o diagnostiquen y traten lo más pronto posible. El objetivo del EPSDT es garantizar que cada niño obtenga el cuidado de la salud que necesita, cuando lo necesita; es decir, el cuidado apropiado al niño adecuado en el momento justo y en el entorno correcto.

La Alianza se coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si esos servicios los cubre otro programa y no la Alianza.

# Beneficios de Medi-Cal que cubre la Alianza

## Servicios para pacientes externos (ambulatorios)

### *Inmunizaciones para adultos*

Puede obtener inmunizaciones para adultos (vacunas) de un proveedor de la red sin aprobación previa (autorización previa). La Alianza cubre las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), incluidas las vacunas que usted necesite cuando viaje.

También puede obtener algunos servicios de inmunización (vacunas) para adultos en una farmacia por medio de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre el programa Medi-Cal Rx, lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en este capítulo.

### *Cuidado de alergias*

La Alianza cubre las pruebas y el tratamiento de las alergias, incluidas la desensibilización, la hiposensibilización y la inmunoterapia de las alergias.

### *Servicios de anestesiólogo*

La Alianza cubre los servicios de anestesia que sean médicamente necesarios cuando usted reciba cuidado para pacientes externos. Esto puede incluir la anestesia para procedimientos dentales cuando se la brinda un anestesiólogo, quien puede requerir una aprobación previa (autorización previa).

### *Servicios quiroprácticos*

La Alianza cubre servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral por medio de la manipulación manual. Los servicios quiroprácticos están limitados a dos servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del habla (las limitaciones no se aplican a niños menores de 21 años). La Alianza puede preaprobar otros servicios como médicamente necesarios.

Los siguientes miembros son elegibles para servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años.
- Personas embarazadas hasta el final del mes que incluye 60 días después del final de un embarazo.
- Residentes de un centro de enfermería especializada, centro de cuidado intermedio o centro de cuidado subagudo.
- Todos los miembros cuando los servicios se proporcionen en departamentos hospitalarios para pacientes externos del condado, clínicas ambulatorias, FQHC o RHC, que estén en la red de la Alianza. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos a pacientes externos.

### *Evaluaciones de salud cognitiva*

La Alianza cubre una breve evaluación de salud cognitiva anual para los miembros que tienen 65 años de edad o más, y que de otro modo no son elegibles para una evaluación similar como parte de una visita de bienestar anual bajo el Programa Medicare. Una evaluación de salud cognitiva busca signos de enfermedad de Alzheimer o demencia.

### *Servicios de trabajadores de salud comunitaria*

La Alianza cubre los servicios de los trabajadores de salud comunitaria (CHW, por sus siglas en inglés) para los individuos si estos son recomendados por un médico u otro profesional con licencia con el fin de prevenir una enfermedad, discapacidad u otras afecciones o su progresión; prolongar la vida; y promover la salud y la eficiencia físicas y mentales. Los servicios pueden incluir:

- la educación y capacitación para la salud, incluidos el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; afecciones del comportamiento, perinatales y bucales; y la prevención de lesiones
- la promoción de la salud y la orientación, incluidos el establecimiento de metas y la creación de planes de acción para la prevención y el control de enfermedades

### *Servicios de diálisis y hemodiálisis*

La Alianza cubre los tratamientos de diálisis. La Alianza también cubre los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) si su doctor envía una solicitud y la Alianza la aprueba.

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

- equipo, suministros o artículos de confort o de lujo
- accesorios no médicos, como los generadores o los accesorios para convertir al equipo de diálisis domiciliaria en un equipo portátil

### *Servicios de Doula*

La Alianza cubre los servicios de doula para incluir apoyo personal para las personas embarazadas y las familias a lo largo del embarazo, el parto y el periodo posparto.

### *Servicios de atención diádica*

La Alianza cubre los servicios de atención diádica que sean médicamente necesarios para los miembros y sus cuidadores.

### *Terapia familiar*

La Alianza cubre la terapia familiar cuando ésta sea médicamente necesaria y se componga de al menos dos miembros de la familia. Los ejemplos de terapia familiar pueden incluir, entre otros:

- Psicoterapia para padres e hijos (edades de 0 a 5)
- Terapia interactiva para padres e hijos (edades de 2 a 12)
- Terapia de pareja cognitiva conductual (adultos)

### *Cirugía para pacientes externos*

La Alianza cubre los procedimientos quirúrgicos para pacientes externos. Aquellos necesarios para fines de diagnóstico, los procedimientos que se consideran optativos y los procedimientos médicos o dentales específicos para pacientes externos requieren aprobación previa (autorización previa).

### *Servicios de médicos*

La Alianza cubre los servicios de médicos que sean médicamente necesarios.

### *Servicios de podiatría (de los pies)*

La Alianza cubre los servicios de podología que sean médicamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctrico del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que se insertan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y los tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

### *Terapias de tratamiento*

La Alianza cubre diferentes tipos de terapias de tratamiento, incluidas:

- Quimioterapia
- Terapia de radiación

## Cuidado de maternidad y de recién nacidos

La Alianza cubre los siguientes servicios de cuidado de maternidad y de recién nacidos:

- Educación sobre la lactancia materna y apoyos para esta
- Cuidado de parto y posparto
- Extractores de leche y suministros

- Cuidado prenatal
- Servicios de centros de parto
- Enfermera partera certificada (CNM, por sus siglas en inglés)
- Partera certificada (LM, por sus siglas en inglés)
- Diagnóstico de trastornos fetales genéticos y consejería
- Servicios de cuidado para el recién nacido

## Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud puede consistir en una conversación en vivo con su proveedor. O bien, puede consistir en compartir información con su proveedor sin tener una conversación en vivo. Puede recibir muchos servicios a través de telesalud. Sin embargo, los servicios de telesalud pueden no estar disponibles para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles a través de telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que el uso de la herramienta de telesalud para un servicio particular es adecuado para usted. Tiene derecho a recibir servicios presenciales y no está obligado a utilizar la telesalud, incluso si su proveedor está de acuerdo en que es adecuada para usted.

## Servicios de salud mental

### *Servicios de salud mental para pacientes externos*

La Alianza cubre a un miembro para una evaluación inicial de salud mental sin aprobación previa (autorización previa). Usted podrá obtener siempre una evaluación de salud mental de un proveedor certificado de salud mental en la red de la Alianza sin una referencia.

Su PCP o proveedor de salud mental puede remitirlo para una prueba de detección de salud mental adicional a un especialista dentro de la red de la Alianza para determinar su nivel de discapacidad. Si los resultados de las pruebas de salud mental determinan que tiene ansiedad leve o moderada, o que tiene una discapacidad del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento, la Alianza puede brindarle servicios de salud mental. Estos son algunos de los servicios de salud mental que cubre la Alianza:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas clínicamente indicadas para evaluar una condición de salud mental

- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la solución de problemas
- Servicios para pacientes externos con el propósito de supervisar la terapia con medicinas
- Pruebas de laboratorio, medicinas que no estén ya cubiertos en la Lista de medicamentos contratados de Medi-Cal Rx (https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/), suministros y suplementos para pacientes externos
- Consultas psiquiátricas
- Terapia familiar

Para obtener ayuda para encontrar más información sobre los servicios de salud mental proporcionados por la Alianza, llame a Beacon Health Options, el proveedor de servicios de salud mental de la Alianza, al 855-765-9700.

Si su PCP o su proveedor de salud mental no puede proporcionarle tratamiento para un trastorno de salud mental disponible en la red de la Alianza y dentro de los márgenes de tiempo establecidos anteriormente en la sección “Acceso oportuno a la atención”, la Alianza cubrirá los servicios fuera de la red y le ayudará a programarlos.

Si los resultados de sus pruebas de salud mental determinan que usted tiene un nivel más alto de discapacidad y necesita servicios especializados de salud mental (SMHS, por sus siglas en inglés), su PCP o su proveedor de salud mental lo referirá al plan de salud mental del condado para que se le realice una evaluación y le ayuden a conectarse con el siguiente paso del proceso.

Para obtener más información, consulte “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en la página 82, en el apartado “Servicios especializados de salud mental”.

## Servicios de emergencia

### *Servicios para pacientes internos y externos necesarios para tratar una emergencia médica*

La Alianza cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurra en Estados Unidos (incluidos territorios como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, etc.). La Alianza también cubrirá la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá o México. Una emergencia médica es una condición médica con dolor agudo o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica de inmediato, una persona sin formación médica, pero prudente podría prever que tenga como consecuencia lo siguiente:

- Un riesgo grave a su salud, ***o***

- Daño grave a las funciones corporales ***o***
- Disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo, ***o***
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, lo que significa labor de parto en un momento en el que pudiera ocurrir alguna de las siguientes situaciones:
  - Que no haya tiempo suficiente para su traslado seguro a otro hospital antes del parto
  - Que el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la madre o del niño en gestación

Si la sala de emergencia de un hospital le da un suministro hasta para 72 horas de una medicina recetada como paciente externo como parte de su tratamiento, la medicina recetada se cubrirá como parte de sus servicios de emergencia cubiertos. Si un doctor de la sala de emergencia de un hospital le da una receta médica que debe llevar a una farmacia para pacientes externos para que se la surtan, Medi-Cal Rx será responsable de la cobertura de dicha receta médica.

***Si un farmacéutico de una farmacia para pacientes externos le da un suministro de emergencia de un medicamento, dicho suministro de emergencia lo cubrirá Medi-Cal Rx y no la Alianza. Indique a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 si necesitan ayuda para darle un suministro de emergencia del medicamento.***

### *Servicios de transporte de emergencia*

La Alianza cubre los servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de cuidado más cercano en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es tan grave que otras formas de transporte al lugar de cuidado podrían poner en riesgo su salud o su vida. No se cubren servicios fuera de los EE. UU., salvo los servicios de emergencia que requieran hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o México y no es hospitalizado durante dicho episodio de cuidado, la Alianza no cubrirá sus servicios de ambulancia.

## Hospicio y cuidado paliativo

La Alianza cubre el cuidado en hospicio, así como los cuidados paliativos, para niños y adultos, los cuales ayudan a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los adultos de 21 años o más no pueden recibir cuidados de hospicio y cuidados paliativos al mismo tiempo.

### *Cuidado en hospicio*

El cuidado de hospicio es un beneficio que se da a los miembros con una enfermedad terminal. El cuidado de hospicio requiere que el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos. Es una intervención que se centra principalmente en el manejo del dolor y los síntomas en lugar de en una cura para prolongar la vida.

El cuidado de hospicio incluye:

- Servicios de enfermería
- Servicios físicos, de ocupación o de lenguaje
- Servicios sociales médicos
- Servicios de auxiliares de salud en casa y de trabajo doméstico
- Suministros y dispositivos médicos
- Algunos medicamentos y servicios biológicos (algunos pueden estar disponibles por medio de Medi-Cal Rx de FFS)
- Servicios de consejería
- Servicios de enfermería las 24 horas del día durante periodos de crisis y según sea necesario para mantener al miembro con enfermedad terminal en casa
- Servicio de descanso del paciente interno hasta por cinco días consecutivos a la vez en un hospital, un centro de enfermería especializada o un hospicio
- Cuidado a corto plazo al paciente interno para el control del dolor o el manejo de los síntomas en un hospital, un centro de enfermería especializada o en un hospicio

### *Cuidados paliativos*

El cuidado paliativo es el cuidado que se centra en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. El cuidado paliativo no requiere que el miembro tenga una expectativa de vida de seis meses o menos. El cuidado paliativo se puede proporcionar al mismo tiempo que el cuidado curativo.

El cuidado paliativo incluye:

- Planificación anticipada del cuidado
- Evaluación y consulta para recibir cuidado paliativo
- Plan de atención que incluye toda la atención paliativa y curativa autorizada
- Plan de equipo de cuidado, que incluye, entre otros:
  - Un doctor o un osteópata
  - Un asistente médico

    - Una enfermera registrada
    - Una auxiliar de enfermería o una enfermera profesional con práctica médica
    - Un trabajador social
    - Un capellán
  - Coordinación del cuidado
  - Control del dolor y de los síntomas
  - Servicios sociales de salud mental y médicos

Los adultos de 21 años o más no pueden recibir cuidados paliativos y cuidados de hospicio al mismo tiempo. Si usted está recibiendo cuidados paliativos y cumple los criterios de elegibilidad para recibir cuidados en hospicio, puede solicitar el cambio a cuidados de hospicio en cualquier momento.

## Hospitalización

### *Servicios de anestesiólogo*

La Alianza cubre los servicios de anestesiólogo médicamente necesarios durante las hospitalizaciones cubiertas. Un anestesiólogo es un doctor que se especializa en aplicar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicina que se utiliza durante algunos procedimientos médicos o dentales.

### *Servicios hospitalarios para pacientes internos*

La Alianza cubre el cuidado hospitalario médicamente necesario para pacientes internos cuando los miembros son admitidos en un hospital.

### *Secuenciación rápida del genoma completo*

La secuenciación rápida del genoma completo (rWGS, por sus siglas en inglés) es un beneficio cubierto para todo miembro de Medi-Cal de un año de edad o menor y es recibir servicios para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo. Incluye la secuenciación individual, la secuenciación en trío de uno o ambos padres y su bebé y la secuenciación ultrarrápida. La rWGS es una nueva forma de diagnosticar afecciones a tiempo para afectar la atención que reciben los niños de un año de edad o menores en la unidad de cuidado intensivo (ICU, por sus siglas en inglés).

### *Servicios quirúrgicos*

La Alianza cubre las cirugías médicamente necesarias que se realicen en un hospital.

## Postpartum Care Extension Program

El programa de Postpartum Care Extension (Extensión del Cuidado de Posparto) brinda cobertura extendida a las miembros de Medi-Cal durante el embarazo o después del embarazo.

El programa Postpartum Care Extension extiende la cobertura de la Alianza hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de los ingresos, la ciudadanía o el estado migratorio, y no se necesita ninguna acción adicional.

## Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a ganar o recuperar habilidades mentales y físicas.

Nosotros cubrimos los servicios de rehabilitación y habilitación que se describen en esta sección si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios son para tratar una afección.
- Los servicios son para ayudarle a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana.
- Usted recibe los servicios en un centro dentro de la red, salvo que un médico dentro de la red determine que es médicamente necesario que usted reciba los servicios en otra ubicación o que no haya un centro dentro de la red disponible para tratar su afección.

El plan cubre:

### *Acupuntura*

La Alianza cubre los servicios de acupuntura para prevenir, modificar o aliviar la percepción de dolor crónico grave y persistente que sea resultado de una condición médica reconocida de manera general. Los servicios de acupuntura para pacientes externos (con o sin la estimulación eléctrica de agujas) están limitados a dos servicios por mes en combinación con servicios de audiología, quiroprácticos, de terapia ocupacional y de terapia del habla cuando los proporciona un médico, un dentista, un podólogo o un acupunturista (las limitaciones no se aplican a niños menores de 21 años). La Alianza puede preaprobar (preautorizar) servicios adicionales que sean médicamente necesarios.

### *Audiología (audición)*

La Alianza cubre servicios de audiología. Los servicios de audiología para pacientes externos están limitados a dos servicios por mes en combinación con servicios de acupuntura, quiroprácticos, de terapia ocupacional y de terapia del habla (las limitaciones no se aplican a niños menores de 21 años). La Alianza puede preaprobar (preautorizar) servicios adicionales que sean médicamente necesarios.

### *Tratamientos de salud de la conducta*

La Alianza cubre los servicios de tratamiento de salud de la conducta (Behavioral Health Treatment) (BHT, por sus siglas en inglés) para miembros menores de 21 años a través del beneficio de Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). El BHT incluye servicios y programas de tratamiento, como el análisis conductual aplicado y los programas de intervención conductual basados en evidencias que desarrollan o restauran, al máximo grado posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años de edad.

Los servicios de BHT enseñan habilidades usando la observación y el refuerzo de la conducta, o por medio de la motivación, para enseñar cada paso de un comportamiento específico. Los servicios de BHT se basan en evidencia confiable y no son experimentales. Los ejemplos de servicios de BHT incluyen las intervenciones conductuales, los paquetes de intervención conductual cognitiva, el tratamiento conductual comprehensivo y los análisis conductuales aplicados.

Los servicios de BHT deben ser médicamente necesarios, recetados por un doctor o psicólogo autorizado, aprobados por el plan y proporcionados de manera que se siga el plan de tratamiento aprobado.

### *Rehabilitación cardiaca*

La Alianza cubre los servicios de rehabilitación cardiaca para pacientes internos y externos.

### *Equipo médico duradero (DME)*

La Alianza cubre la compra o la renta de suministros de DME, equipo y otros servicios médicos con una receta de un médico, asistentes médicos, enfermeros con práctica profesional y especialistas en enfermería clínica. Los DME prescritos pueden ser cubiertos según sean médicamente necesarios para preservar las funciones corporales fundamentales para realizar las actividades diarias o para evitar mayor discapacidad física.

Por lo general, la Alianza no cubre lo siguiente:

- Equipos, accesorios y suministros de comodidad, conveniencia o lujo, excepto las bombas de leche de grado minorista descritas en “Bombas y suministros para extracción de leche” del título “Cuidado de maternidad y de recién nacidos” de este capítulo
- Artículos no previstos para mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipos de ejercicio (incluidos los dispositivos destinados a proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas)
- Equipo de higiene, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años
- Artículos no médicos, como baños sauna o elevadores
- Modificaciones a su hogar o auto
- Dispositivos para análisis de sangre u otras sustancias corporales (sin embargo, Medi-Cal Rx cubre los monitores de glucosa en sangre por diabetes, los monitores continuos de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas)
- Monitores cardiacos o pulmonares electrónicos, excepto los monitores de apnea para bebés
- Reparación o reemplazo de equipo por pérdida, robo o uso indebido, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años
- Otros artículos que, por lo general, no se usan principalmente para el cuidado de la salud

Sin embargo, en algunos casos, se puede autorizar estos artículos con una autorización previa (aprobación previa) presentada por su doctor.

### *Nutrición enteral y parenteral*

Estos métodos para administrar nutrición al cuerpo se usan cuando una condición médica impide comer normalmente. Las fórmulas de nutrición enteral y los productos de nutrición parenteral están cubiertos mediante Medi-Cal Rx cuando son médicamente necesarios. La Alianza puede cubrir las bombas y mangueras enterales y parenterales cuando sea médicamente necesario.

### *Audífonos*

La Alianza cubre los audífonos si se le realiza una prueba de pérdida auditiva, éstos son médicamente necesarios y tiene una receta de su doctor. La cobertura se limita al aparato auditivo de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. La Alianza cubrirá un audífono, a menos que se necesite un aparato para cada oído para obtener resultados significativamente mejores que los que puede obtener con un solo audífono.

Audífonos para miembros menores de 21 años

La ley estatal exige que se remita a los niños que necesiten un audífono al programa de California Children's Services (CCS) para determinar si el niño es elegible para CCS. Si el niño es elegible para CCS, CCS cubrirá los costos de los audífonos médicamente necesarios. Si el niño no es elegible para CCS, nosotros cubriremos los audífonos médicamente necesarios como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Audífonos para miembros de 21 años y más

Con Medi-Cal, cubrimos lo siguiente para cada audífono cubierto:

- Moldes auditivos necesarios para su ajuste
- Un paquete de pilas estándar
- Consultas para asegurarse de que el aparato funciona correctamente
- Consultas para la limpieza y el ajuste de su audífono
- Reparación de su audífono

Con la cobertura de Medi-Cal, cubriremos la sustitución del audífono si:

- Su pérdida auditiva es tal que su audífono actual no puede corregirla.
- Su audífono se perdió, fue robado, o se descompuso, y no se puede reparar y no fue su culpa. Debe presentar una nota en la que nos informe cómo sucedió esto.

Para adultos de 21 años o más, Medi-Cal no incluye:

- Pilas de repuesto para audífonos

***Servicios de cuidado de salud en el hogar***

La Alianza cubre los servicios de salud proporcionados en su hogar cuando sean recetados por su doctor y se determine que son médicamente necesarios.

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar están limitados a servicios que Medi-Cal cubre, como los siguientes:

- Cuidado de enfermería especializada de medio tiempo
- Asistente para el cuidado de la salud en el hogar de medio tiempo
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Servicios sociales médicos
- Suministros médicos

### *Suministros, equipo y dispositivos médicos*

La Alianza cubre los suministros médicos prescritos por un doctor, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica o especialistas en enfermería clínica. Algunos suministros médicos están cubiertos por medio de Medi-Cal Rx de FFS y no por la Alianza.

La cobertura de Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Artículos domésticos comunes, incluidos, entre otros:
  - Cinta adhesiva (todos los tipos)
  - Alcohol para curaciones cutáneas
  - Cosméticos
  - Bolas e hisopos de algodón
  - Polvos de limpieza
  - Toallitas limpiadoras
  - Agua de hamamelis
- Remedios domésticos comunes, incluidos, entre otros:
  - Vaselina blanca
  - Aceites y lociones para piel seca
  - Talco y productos combinados con talco
  - Agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
  - Peróxido de carbamida y perborato de sodio
- Champú de venta libre.
- Preparaciones tópicas que contienen ungüento de ácido benzoico y salicílico, crema, ungüento o líquido de ácido salicílico y pasta de óxido de zinc.
- Otros artículos que no se usan principalmente para el cuidado de la salud y que usan regular y principalmente personas que no los necesitan por una razón médica específica.

### *Terapia ocupacional*

La Alianza cubre los servicios de terapia ocupacional, incluida la evaluación de terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la instrucción y los servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional se limitan a dos servicios por mes en combinación con servicios de acupuntura, audiología, quiroprácticos y de terapia de habla (las limitaciones no aplican a menores de 21 años). La Alianza puede preaprobar (preautorizar) servicios adicionales según sean médicamente necesarios.

### *Aparatos ortopédicos y prótesis*

La Alianza cubre los aparatos y servicios ortopédicos y de prótesis que sean médicamente necesarios y recetados por su médico, podólogo, dentista o proveedor no médico. Esto incluye dispositivos de audición implantados, prótesis del seno/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restablecer la función o reemplazar una parte del cuerpo o para dar soporte a una parte del cuerpo debilitada o deformada.

### *insumos de ostomía y urológicos*

La Alianza cubre las bolsas de ostomía, los catéteres urinarios, las bolsas de drenaje, los insumos y los adhesivos para el lavado de estómago. Esto no incluye los insumos que son para equipo o artículos de confort, conveniencia o lujo.

### *Terapia física*

La Alianza cubre los servicios de terapia física médicamente necesarios, que incluyen la evaluación de terapia física, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la instrucción, los servicios de consulta y la aplicación de medicamentos tópicos.

### *Rehabilitación pulmonar*

La Alianza cubre la rehabilitación pulmonar que sea médicamente necesaria y recetada por un doctor.

### *Servicios de centros de enfermería especializada*

Si es discapacitado y requiere un nivel de cuidado más alto, la Alianza cubre los servicios de centros de enfermería especializada que sean médicamente necesarios. Estos servicios incluyen habitación y alimentación en un centro certificado con cuidado de enfermería especializada las 24 horas del día.

### *Terapia del habla*

La Alianza cubre los servicios de terapia del habla que sean médicamente necesarios. Los servicios de terapia del habla se limitan a dos servicios por mes, en combinación con servicios de acupuntura, audiología, quiroprácticos y de terapia ocupacional (las limitaciones no aplican a menores de 21 años). La Alianza puede preaprobar (preautorizar) servicios adicionales según sean médicamente necesarios.

## Servicios para personas transgénero

La Alianza cubre los servicios para personas transgénero (servicios que reafirman el género) como un beneficio cuando son médicamente necesarios o cuando los servicios cumplen los criterios para la cirugía reconstructiva.

## Ensayos clínicos

La Alianza cubre los costos del cuidado de rutina para pacientes aceptados en ensayos clínicos de Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV si están relacionados con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otras condiciones que amenacen la vida y si el estudio cumple todos los requisitos establecidos en el Código de Salud y Seguridad 1370.6(d)(1). Medi-Cal Rx, un programa de FFS de Medi-Cal, cubre la mayoría de las medicinas recetadas para pacientes externos. Lea la sección “Medicinas recetadas para pacientes externos” más adelante en este capítulo para obtener más información.

## Servicios de laboratorio y radiología

La Alianza cubre los servicios de laboratorio y rayos X para pacientes externos e internos cuando sean médicamente necesarios. Varios procedimientos de imágenes de diagnóstico, tales como la obtención de imágenes por tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), se cubren si son médicamente necesarios.

## Servicios preventivos y de bienestar y control de enfermedades crónicas

El plan cubre:

- Las vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación
- Servicios de planificación familiar
- Recomendaciones de Bright Futures, de la American Academy of Pediatrics (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Servicios de prevención del asma
- Servicios preventivos para la mujer recomendados por el American College of Obstetricians and Gynecologists

- Ayuda para dejar de fumar, también conocida como servicios para dejar de fumar
- Los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos de grados A y B

Los servicios de planificación familiar se proporcionan a los miembros en edad fértil con el fin de permitirles determinar el número de hijos y el tiempo de separación entre ellos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Los PCP y los especialistas en obstetricia y ginecología de la Alianza están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para los servicios de planificación familiar, también puede escoger un doctor o una clínica de Medi-Cal que no tenga un vínculo con la Alianza, sin la necesidad de obtener una aprobación previa (autorización previa) de la Alianza. No se podrán cubrir los servicios de un proveedor fuera de la red que no se relacionen con la planificación familiar. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Lea el Capítulo 5: “Atención preventiva de niños y jóvenes”, para obtener información sobre el cuidado preventivo para los jóvenes de 20 años y menos.

## Diabetes Prevention Program

El Diabetes Prevention Program (Programa de Prevención de la Diabetes) (DPP, por sus siglas en inglés) es un programa de cambio del estilo de vida con base en la evidencia. Este programa de 12 meses se enfoca en cambios en el estilo de vida y está diseñado para evitar o retrasar el inicio de la diabetes tipo 2 entre personas a quienes se les ha diagnosticado prediabetes. Los miembros que cumplan los criterios pueden optar por un segundo año. El programa brinda educación y soporte grupal. Las técnicas incluyen, entre otros:

- Proporcionar un instructor compañero
- Enseñar el monitoreo propio y la solución de problemas
- Proporcionar aliento y retroalimentación
- Proporcionar materiales informativos para dar apoyo a las metas
- Monitorear las mediciones de peso de rutina para ayudar al cumplimiento de las metas

Los miembros deben cumplir los requisitos del programa para unirse al DPP. Llame a la Alianza para saber más sobre el programa y los requisitos.

## Servicios reconstructivos

La Alianza cubre la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades o reconstrucción de la mama después de una mastectomía. Pueden aplicarse algunas restricciones y excepciones.

## Servicios de detección de trastornos relacionados con el abuso de drogas

El plan cubre:

- Pruebas de abuso de alcohol y drogas ilícitas

Consulte “Servicios de tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias” más adelante en este capítulo para conocer la cobertura del tratamiento por medio del condado.

## Beneficios para la vista

El plan cubre:

- Examen ocular de rutina una vez cada 24 meses; también se cubren exámenes oculares adicionales o más frecuentes si son médicamente necesarios para los miembros, como es el caso de los que tienen diabetes.
- Anteojos (armazones y lentes) una vez cada 24 meses, cuando tenga una receta válida.
- Anteojos de repuesto en un plazo de 24 meses si tiene un cambio en su receta o si sus anteojos se pierden, se los roban o se rompen (y no se pueden arreglar), y no fue culpa suya. Debe entregarnos una nota en la que nos indique cómo se perdieron, le robaron o se rompieron sus anteojos.
- Dispositivos para visión disminuida para personas con deficiencia visual que no se puede corregir con anteojos estándar, lentes de contacto, medicamentos o cirugía, y que interfiere con la capacidad de una persona para realizar sus actividades cotidianas (por ejemplo, degeneración macular relacionada con la edad).

- Lentes de contacto médicamente necesarios. Las pruebas de lentes de contacto y los lentes de contacto pueden estar cubiertos si no es posible el uso de anteojos debido a una enfermedad o condición (por ejemplo, que le falte una oreja). Las condiciones médicas que califican para el derecho a lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, la aniridia, la afaquia y el queratocono.

## Beneficios de transporte para situaciones que no son de emergencia

Usted tiene derecho a transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un auto, un autobús o un taxi para acudir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico para los servicios cubiertos y citas de farmacia cubiertas por Medi-Cal. Si necesita transporte médico, puede solicitarlo hablando con su doctor, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o de atención para trastornos por abuso de sustancias. Su proveedor decidirá el tipo de transporte correcto para satisfacer sus necesidades. Si determina que necesita transporte médico, lo prescribirá llenando un formulario y enviándolo a la Alianza. Una vez aprobado, la aprobación es válida para 12 meses, dependiendo de la necesidad médica. Además, no hay limitaciones para el número de viajes que puede obtener. Su doctor tendrá que volver a evaluar su necesidad médica de transporte médico y volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico abarca una ambulancia, una camioneta para camilla, una camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. La Alianza permite el transporte médico de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Esto significa, por ejemplo, que si se le puede transportar física o médicamente en una camioneta para sillas de ruedas, la Alianza no pagará una ambulancia. Solamente tiene derecho a transporte aéreo si su condición médica le impide utilizar ningún medio de transporte terrestre.

Se puede usar el transporte médico cuando:

- Sea física o médicamente necesario si así lo determina un doctor u otro proveedor mediante una autorización por escrito, ya que no le es posible física o médicamente usar un autobús, un taxi, un auto o una camioneta para llegar a su cita

- Necesite la ayuda del conductor para ir y regresar de su hogar, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental

Para solicitar el transporte médico que su doctor prescribió para sus citas no urgentes (de rutina), llame a la Alianza al 800-700-3874 ext. 5577 por lo menos cinco (5) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para citas urgentes, llame lo más pronto posible. Tenga su tarjeta de identificación de miembro a la mano cuando llame.

**Limitaciones del transporte médico:** la Alianza proporciona el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas al proveedor más cercano a su hogar donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no por medio del plan de salud, la Alianza le ayudará a programar su transporte. Este Manual para Miembros incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio a menos que la Alianza lo autorice previamente. Para obtener más información o solicitar transporte médico, llame a la Alianza al 800-700-3874, ext. 5577.

**Costo para miembros:** No hay ningún costo cuando la Alianza gestiona el transporte.

### *Cómo obtener transporte no médico*

Sus beneficios incluyen obtener transporte para sus citas cuando la cita es para un servicio cubierto por Medi-Cal y usted no tiene acceso a ningún transporte. Puede obtener transporte, sin costo alguno para usted, cuando haya intentado todas las demás formas de obtener transporte y:

- Vaya o venga de una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor, o
- Recoja medicamentos e insumos médicos.

La Alianza le permite usar automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para ir a su cita médica para recibir servicios cubiertos por Medi-Cal. La Alianza cubrirá el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades. En ocasiones, la Alianza puede reembolsar los viajes en un vehículo privado que usted gestione. La Alianza debe aprobarlo antes de que usted realice el viaje, y debe decirnos por qué no puede realizar un viaje de otras maneras, como en autobús. Puede informarnos por teléfono, por correo electrónico, o en persona. No puede conducir usted mismo y recibir un reembolso.

El reembolso de kilometraje requiere todo lo siguiente:

- Licencia de conducir del conductor
- Registro del vehículo del conductor
- Póliza de seguro del vehículo del conductor

Para solicitar un viaje para recibir servicios que ya fueron aprobados, llame a la Alianza al 800-700-3874, por lo menos cinco (5) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o llame tan pronto como sea posible si se trata de una cita urgente. Tenga su tarjeta de identificación de miembro a la mano cuando llame.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden ponerse en contacto con su clínica de salud para indígenas estadounidenses local para solicitar transporte no médico.

**Limitaciones del transporte no médico:** la Alianza proporciona el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades al proveedor más cercano a su hogar donde haya una cita disponible. Los miembros no pueden conducir por sí mismos ni recibir un reembolso directamente. Para más información, llame a la Alianza al 800-700-3874.

**El transporte no médico no se aplica si:**

- Una ambulancia, una camioneta para camilla, una camioneta para silla de ruedas u otra forma de transporte médico es médicamente necesaria para recibir un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Necesita la ayuda del conductor para ir y regresar de su hogar, vehículo o lugar de tratamiento debido a una condición física o médica.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.

**Costo para miembros:** No hay ningún costo cuando la Alianza gestiona el transporte no médico.

**Gastos de viaje:** En determinados casos, la Alianza puede cubrir los gastos de viaje, como comidas, estancias en hoteles y otros gastos relacionados, si tiene que desplazarse para acudir a citas médicas que no están disponibles cerca de su domicilio. Esto también puede cubrirse para un acompañante y un donante de órganos principal, si corresponde. Debe solicitar la aprobación previa (autorización previa) para estos servicios comunicándose con la Alianza al 800-700-3874 (TTY 855-3000).

# Otros beneficios y programas cubiertos por la Alianza

## Servicios y apoyos de cuidado a largo plazo

La Alianza cubre estos beneficios de cuidado a largo plazo para los miembros que reúnen los requisitos:

- Servicios en centros de cuidado a largo plazo aprobados por la Alianza
- Servicios en centros de enfermería especializada, según sean aprobados por la Alianza

Si califica para recibir servicios de atención a largo plazo, la Alianza se asegurará de que lo asignen a un centro de atención médica que proporcione el nivel de cuidados más adecuado para sus necesidades médicas.

Si tiene dudas sobre los beneficios de cuidado a largo plazo, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Administración de atención básica

La Alianza ayudará a coordinar y administrar sus necesidades y servicios de cuidado de salud sin costo alguno para usted. La Alianza se coordinará sus servicios de cuidado de salud para ayudar a garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, lo que incluye medicamentos recetados y servicios de atención de salud del comportamiento, incluso si dichos servicios están cubiertos por otro programa y no por la Alianza. Esto incluye la coordinación de la atención en distintos entornos, por ejemplo, si necesita hospitalización y se le da de alta en su casa o en un centro de enfermería especializada.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o sobre la salud de su hijo, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Administración mejorada del cuidado

La Alianza cubre los servicios de Administración Mejorada del Cuidado (ECM, por sus siglas en inglés) para los miembros con necesidades muy complejas. ECM es un beneficio que proporciona servicios adicionales para ayudarle a obtener el cuidado que necesita para mantenerse sano. Coordina el cuidado que recibe de diferentes doctores. La ECM ayuda a coordinar el cuidado primario, el cuidado agudo, la salud de la conducta, del desarrollo, la salud bucal, los servicios y los apoyos a largo plazo

(LTSS, por sus siglas en inglés) basados en la comunidad y las referencias a recursos comunitarios disponibles.

Si usted califica, puede recibir información sobre los servicios de ECM. También puede llamar a la Alianza para saber si puede recibir los servicios de ECM y cuándo puede recibirlos. O hable con su proveedor de cuidado de salud, quien puede averiguar si reúne los requisitos para los servicios de ECM y cómo y cuándo puede recibirlos.

### *Servicios que cubre la ECM*

Si reúne los requisitos para recibir los servicios de ECM, tendrá su propio equipo de cuidado, incluido un administrador principal de atención. Esa persona hablará con usted y sus doctores, especialistas, farmacéuticos, manejadores de casos, proveedores de servicios sociales y otros para garantizar que todos trabajen juntos para que usted reciba el cuidado que necesita. Un administrador principal de atención también puede ayudarle a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad. Los servicios de ECM incluyen:

- Divulgación y captación
- Evaluación y administración integral del cuidado
- Coordinación mejorada del cuidado
- Promoción de la salud
- Cuidado integral de transición
- Servicios de apoyo para miembros y familiares
- Coordinación y referencia a apoyos comunitarios y sociales

Para saber si la ECM puede ser adecuada para usted, hable con su representante de la Alianza o con su proveedor de cuidado de la salud.

### *Costo para el miembro*

Los servicios de ECM no tienen ningún costo para los miembros.

### *Community Supports*

Community Supports puede estar disponible en su Plan de Cuidado Individualizado. Community Supports son servicios o entornos alternativos médicamente adecuados y económicos para las personas que tienen cobertura del Plan Estatal Medi-Cal. Los miembros deciden si desean recibir estos servicios. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No sustituyen los beneficios que ya recibe de Medi-Cal.

Los Community Supports son otros servicios para los miembros de Medi-Cal que pueden no incluir cuidado médico directo. La alianza ofrece Community Supports para ayudar a los miembros con problemas de salud complejos. Estos problemas de salud con frecuencia son ocasionados o empeoran por la falta de alimentos, hogar o transporte.

Ejemplos de Community Supports que ofrece la Alianza:

- el programa Medically Tailored Meals
- servicios de orientación para la transición de vivienda
- depósitos para la vivienda
- servicios de alquiler y mantenimiento de vivienda
- atención de recuperación
- vivienda post hospitalización a corto plazo
- centros de sobriedad (disponibles solo en los condados de Merced y Monterey)
- servicios de alojamiento de accesibilidad ambiental

El programa **Medically Tailored Meals** proporciona comidas a los miembros después de que salen del hospital o de un centro de enfermería especializada, y a los miembros con afecciones crónicas (comodiabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, trastornos pulmonares crónicos, cáncer, diabetes gestacional u otras condiciones perinatales de alto riesgo, y trastornos de salud mental/conductual crónicos o incapacitantes, entre otras). También puede obtener ayuda con la administración de casos y apoyo nutricional para ayudarle a mantenerse saludable. Los miembros que reciben el programa Medically Tailored Meals deben contar con los medios para refrigerar y calentar comidas en el entorno en el que viven.

Los **servicios de orientación para la transición de vivienda** pueden ayudarle a encontrar y solicitar una vivienda. También puede obtener ayuda para configurar su proceso de alquiler.

Los **depósitos de vivienda** pueden ayudarle a obtener fondos únicos para vivienda y establecer un hogar básico. Los servicios de depósito de vivienda no son lo mismo que los de alojamiento y comida.

Los **servicios de tenencia y mantenimiento de viviendas** pueden ayudarle a mantener una vivienda segura y estable una vez que haya asegurado un lugar para vivir. También puede capacitarle en:

- vida independiente
- habilidades para la vida, como elaboración de presupuestos y educación financiera
- comunicación con los recursos de la comunidad

La **atención de recuperación** proporciona alojamiento temporal, atención médica y otros servicios. El programa es para miembros sin hogar y que se están recuperando de una enfermedad o lesión aguda. Estos servicios incluyen administración de casos, apoyo para la autogestión y ayuda con la vivienda.

La **vivienda post hospitalización a corto plazo** proporciona servicios residenciales y de apoyo. Esto es para miembros que tienen fuertes necesidades médicas o de salud del comportamiento. A través de este servicio de vivienda, los miembros pueden continuar con su recuperación justo después de dejar un entorno de atención de recuperación. Este es un servicio que se proporciona una sola vez en la vida. Los miembros también deben recibir servicios de orientación para la transición de vivienda mientras reciben vivienda post hospitalización a corto plazo.

Los **centros de sobriedad** son lugares para personas que se intoxicaban públicamente (debido al alcohol u otras drogas). Brindan un espacio para las personas que terminarían en el departamento de emergencias o la cárcel. Los centros de sobriedad brindan un entorno seguro y de apoyo para regresar a la sobriedad y recibir referencias para servicios. Este servicio es principalmente para personas sin hogar o que viven en situaciones inestables. El centro de sobriedad en el condado de Santa Cruz está por determinarse.

**Alojamiento de accesibilidad ambiental/Modificación del hogar** son adaptaciones a un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o permitirles funcionar con mayor independencia en el hogar: sin las cuales el miembro requeriría institucionalización. Los servicios incluyen:

- Rampas y barras de apoyo para ayudar a los miembros a acceder a la casa;
- Ampliación de puertas para miembros que requieren una silla de ruedas;
- Elevadores en escaleras;

- Hacer que un baño y una ducha sean accesibles para sillas de ruedas (p. ej., construir una ducha para silla de ruedas).

Puede ser referido a Community Supports por su proveedor de ECM, médico de atención primaria, proveedores de servicios sociales y otros. Usted o su familia también pueden solicitar Community Supports.

Si necesita ayuda o le gustaría saber qué Community Supports pueden estar disponibles para usted, llame a Servicios para miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) o llame a su proveedor de atención médica.

## Trasplante de órganos importantes

### *Trasplante para menores de 21 años*

La Alianza debe remitir a los niños que reúnen los requisitos del programa de Servicios para niños de California (CCS) a un centro de cuidados especiales (SCC, por sus siglas en inglés) aprobado por el CCS para una evaluación dentro de las 72 horas siguientes a que el médico o el especialista identifique al niño como posible candidato para un trasplante. Si el CCS confirma que el trasplante sería necesario y seguro, la Alianza cubrirá el trasplante y los servicios relacionados.

### *Trasplantes para adultos de 21 años y más*

Si su médico decide que podría necesitar el trasplante de un órgano importante, la Alianza lo referirá a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que es necesario y seguro un trasplante para su condición médica, la Alianza cubrirá el trasplante y otros servicios relacionados.

Entre los trasplantes de órganos importantes que cubre la Alianza, se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Médula ósea
- Corazón
- Corazón/Pulmón
- Riñón
- Riñón/páncreas
- Hígado
- Hígado/ Intestino delgado
- Pulmón
- Páncreas
- Intestino delgado

## Programa Whole Child Model (WCM)

El programa Whole Child Model (WCM, por sus siglas en inglés) incorpora los servicios cubiertos por el programa de California Children's Services (CCS) para niños y jóvenes de CCS elegibles para Medi-Cal en la Alianza. CCS es un programa estatal que trata a niños menores de 21 años con ciertas condiciones de salud, enfermedades o problemas de salud crónicos, y que cumplen las reglas del programa de CCS. Si la Alianza o su PCP consideran que usted o su hijo tiene una condición de CCS, lo remitirán al programa de CCS del condado para evaluar si reúne los requisitos. Si se determina que usted o su hijo su hijo son elegibles para el programa WCM, recibirá el cuidado de CCS a través de la Alianza.

CCS no cubre todas las condiciones de salud. CCS cubre la mayoría de las condiciones de salud que causan una discapacidad física o que necesitan tratarse con medicinas, cirugía o rehabilitación. Los ejemplos de las condiciones que califican para los CCS incluyen, entre otros:

- Enfermedad cardiaca congénita
- Cáncer
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia de células falciformes
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedades del hígado
- Enfermedades intestinales
- Labio leporino o paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida auditiva
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Trasplantes, incluyendo córnea
- Convulsiones bajo ciertas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- SIDA
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes muy torcidos

El personal del programa de CCS del condado decidirá si su hijo reúne los requisitos para CCS. Si su hijo reúne los requisitos para recibir este tipo de cuidado, los proveedores de CCS, trabajando en conjunto con la Alianza, asignarán un coordinador de atención personal para ayudar a coordinar el tratamiento de la afección elegible para CCS mediante un equipo de atención y un plan de atención.

#### *Transporte y gastos de viaje*

Es posible que pueda recibir transporte, alimentación, alojamiento y otros costos como estacionamiento, peajes, etc. si usted o su familia necesitan asistencia para llegar a una cita médica relacionada con una condición elegible para CCS y no hay otro recurso disponible. Debe llamar a la Alianza y solicitar la aprobación (autorización) antes de pagar de su bolsillo el transporte, las comidas y el alojamiento, ya que la Alianza proporciona transporte médico no médico y no de emergencia, como se indica en los beneficios y servicios. Si se determina que sus gastos de transporte o viaje son necesarios y la Alianza verifica que intentó obtener transporte a través de la Alianza, puede recibir un reembolso de la Alianza y debemos reembolsarlo dentro de los 60 días calendario posteriores a la presentación de los recibos y la documentación requeridos para gastos de transporte.

# Otros programas y servicios de Medi-Cal

## Otros servicios que puede obtener por medio de tarifa por servicio (FFS) de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal

En ocasiones, la Alianza no cubre los servicios, pero puede obtenerlos por medio de FFS de Medical u otros programas de Medi-Cal. La Alianza se coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si esos servicios los cubre otro programa y no la Alianza. Esta sección menciona algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Medicinas recetadas para pacientes externos

#### *Medicinas recetadas cubiertas por Medi-Cal Rx*

Las medicinas recetadas proporcionadas por una farmacia están cubiertos por Medi-Cal Rx, un programa de FFS de Medi-Cal. Algunos medicamentos administrados por un doctor en un consultorio o clínica pueden estar cubiertos por la Alianza. Su proveedor puede recetarle medicamentos que estén en la Lista de medicamentos con contrato de Medi-Cal Rx.

En ocasiones, se necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos con contrato. Estos medicamentos necesitan aprobación antes de que se puedan surtir en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará y decidirá con respecto a estas solicitudes en un plazo de 24 horas.

- Un farmacéutico de su farmacia para pacientes externos puede darle un suministro de emergencia para 72 horas si lo considera necesario. Medi-Cal Rx pagará el suministro de emergencia del medicamento proporcionado por una farmacia para pacientes externos.
- Medi-Cal puede rechazar una solicitud que no sea de emergencia. Si la rechaza, le enviará una carta para explicarle el motivo. Ellos le dirán cuáles son sus opciones. Consulte la sección “Quejas” en el Capítulo 6, “Cómo reportar y resolver problemas” para obtener más información.

Para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos con contrato o para obtener una copia de la Lista de medicamentos con contrato, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711) o visite la página web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

***Farmacias***

Si va a surtir o resurtir una receta, deberá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/. También puede encontrar una farmacia cercana o una farmacia que pueda enviarle su medicamento por correo llamando a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711).

Una vez que escoja una farmacia, lleve su receta a esa farmacia. Su proveedor puede también enviarla a la farmacia por usted. Entregue su receta a la farmacia junto con su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) de Medi-Cal. Asegúrese de que la farmacia esté al tanto de todas las medicinas que tome y de cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna duda sobre su receta, asegúrese de preguntar al farmacéutico.

Los miembros también pueden recibir servicios de transporte de la Alianza para ir a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea la sección “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” de este manual.

## Servicios especializados de salud mental

Algunos servicios de salud mental son proporcionados por planes de salud mental del condado en lugar de la Alianza. Estos incluyen servicios especializados de salud mental (SMHS) para los miembros de Medi-Cal que cumplen con los criterios de SMHS. Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes externos, residentes e internos:

***Servicios para pacientes externos:***

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicinas
- Servicios diurnos de tratamiento intensivo
- Servicios diurnos de rehabilitación
- Servicios de intervención ante crisis
- Servicios de estabilización después de una crisis
- Servicios de administración orientada de casos
- Servicios terapéuticos del comportamiento (se cubren para miembros menores de 21 años)
- Coordinación de cuidado intensivo (ICC, por sus siglas en inglés) (se cubren para miembros menores de 21 años)
- Servicios intensivos en el hogar (IHBS, por sus siglas en inglés) (se cubren para miembros menores de 21 años)
- Cuidado de crianza temporal terapéutico (TFC, por sus siglas en inglés) (se cubren para miembros menores de 21 años)

***Servicios residenciales:***

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial ante crisis

***Servicios para pacientes internos:***

- Servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos internos graves
- Servicios hospitalarios profesionales para pacientes psiquiátricos
- Servicios en centros de salud psiquiátrica

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que proporciona el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado. Para encontrar los números telefónicos gratuitos de todos los condados en línea, visite dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx. Si la Alianza determina que necesitará servicios del plan de salud mental del condado, la Alianza le ayudará a conectarse con los servicios del plan de salud mental del condado.

## Servicios para el tratamiento de trastornos por el consumo de drogas

El condado proporciona los servicios para trastornos por consumo de sustancias a los miembros de Medi-Cal que cumplen los criterios para estos servicios. Los miembros a quienes se ha identificado para recibir servicios de tratamiento para trastornos por abuso de drogas son referidos al departamento de su condado para su tratamiento. Para encontrar en línea los números telefónicos de todos los condados, visite https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

La Alianza brinda servicios cubiertos para trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), que incluyen pruebas de detección de alcohol y drogas, evaluaciones, intervenciones breves y referencias para tratamiento para miembros de 11 años en adelante, incluidas mujeres embarazadas, en entornos de atención primaria y pruebas de detección de tabaco, alcohol y drogas ilícitas. De acuerdo con las recomendaciones de grado A y B para adultos de la Academia Estadounidense de Pediatría Bright Futures for Children y del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, La Alianza también proporciona o coordina la provisión de:

- Medicamentos para el tratamiento de adicciones (MAT, por sus siglas en inglés, también conocido como tratamiento asistido por medicamentos) proporcionados en atención primaria, hospitalización, departamentos de emergencia y otros entornos médicos contratados; y
- Servicios de emergencia necesarios para estabilizar al miembro.

## Servicios dentales

El programa dental de Medi-Cal es el mismo que el Medi-Cal de pago por servicio (FFS) para sus servicios dentales. Antes de recibir servicios dentales, debe mostrar su BIC al proveedor dental y asegurarse de que el proveedor acepte FFS Dental.

Medi-Cal cubre algunos servicios dentales, como los siguientes:

- Diagnóstico e higiene dental preventiva (como revisiones, rayos X y limpiezas dentales)
- Servicios de emergencia para el control del dolor
- Extracciones dentales
- Empastes
- Tratamientos de canal radicular (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/ de laboratorio)
- Sarro y planeación de raíz
- Dentaduras completas y parciales
- Ortodoncia para los niños que reúnan los requisitos
- Fluoruro tópico

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Medi-Cal Dental Program al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Dental Program en https://www.dental.dhcs.ca.gov o https://smilecalifornia.org/.

## Servicios que no puede obtener por medio de la Alianza o de Medi-Cal

Hay algunos servicios que ni la Alianza ni Medi-Cal cubren, incluidos, entre otros:

- Fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés), lo que incluye, entre otros, estudios de infertilidad o procedimientos para diagnosticar o tratar la infertilidad
- Conservación de la fertilidad
- Servicios experimentales
- Modificaciones en el hogar
- Modificaciones de vehículos
- Cirugía estética

La Alianza puede cubrir un servicio que no sea un beneficio si se establece la necesidad médica. Su proveedor debe presentar una autorización previa ante la Alianza en la que indique los motivos por los que el servicio que no es un beneficio es médicamente necesario.

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

# 5. Atención preventiva de niños y jóvenes

Los niños y los jóvenes menores de 21 años pueden obtener servicios de salud especiales en cuanto estén inscritos. Esto garantiza que obtengan los servicios preventivos, dentales, de salud mental y de desarrollo y de especialidad adecuados. En este capítulo se explican estos servicios.

## Servicios pediátricos (niños menores de 21 años)

Los miembros menores de 21 años cuentan con cobertura para el cuidado necesario. La siguiente lista incluye servicios médicamente necesarios para tratar o aminorar defectos, y diagnósticos físicos o mentales. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- Consultas de bienestar infantil y revisiones de adolescentes (consultas importantes que necesitan los niños).
- Inmunizaciones (vacunas).
- Evaluación y tratamiento de salud del comportamiento.
- Evaluación y tratamiento de salud mental, incluida la psicoterapia individual, de grupo y familiar (los servicios especializados de salud mental están cubiertos por el condado).
- Pruebas de laboratorio, incluidas pruebas de intoxicación por plomo en sangre.
- Educación para la salud y preventiva.
- Servicios de la vista.
- Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental).
- Servicios de audición (cubiertos por CCS para los niños que califican. La Alianza cubrirá los servicios para los niños que no califiquen para CCS).

Estos servicios se conocen como servicios de Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT). Los servicios de EPSDT recomendados por las pautas de Bright Futures de los pediatras (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf) para ayudarles a usted o a su hijo a mantenerse sanos están cubiertos sin ningún costo para usted.

# Revisiones de salud infantil y cuidado preventivo

El cuidado preventivo incluye revisiones médicas periódicas, pruebas para ayudar a su doctor a encontrar problemas a tiempo y servicios de consejería para detectar enfermedades o condiciones médicas antes de que causen problemas. Las revisiones regulares le ayudarán a usted o al doctor de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, del oído, de salud mental y por abuso de sustancias (drogas). La Alianza cubre las revisiones para detectar problemas (incluida la evaluación de niveles de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su revisión regular o la de su hijo.

Además, el cuidado preventivo incluye las vacunas que usted o su hijo necesiten. La Alianza debe asegurarse de que todos los niños inscritos reciban las vacunas necesarias en el momento de sus consultas médicas. Los servicios de cuidado preventivo y pruebas se encuentran disponibles sin costo y sin aprobación previa (previa autorización).

Se le deben realizar revisiones a su hijo en las siguientes edades:

- De 2 a 4 días después de nacer
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Una vez al año, de los 3 a los 20 años

Las revisiones de bienestar infantil incluyen:

- Un historial completo y un examen físico de pies a cabeza
- Vacunas de acuerdo con su edad (California sigue el calendario de periodicidad de Bright Futures de American Academy of Pediatrics) https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Pruebas de laboratorio, incluidas pruebas de intoxicación por plomo en sangre
- Educación para la salud
- Pruebas de la vista y audición
- Pruebas de salud bucal
- Evaluación de la salud de la conducta

Cuando se detecta un problema de salud física o mental durante una revisión o prueba de salud, es posible que puedan proporcionarse cuidados para resolver o ayudar a solucionar el problema. Si el cuidado es médicamente necesario y la Alianza es responsable de pagarlo, la Alianza cubrirá el cuidado sin costo para usted. Algunos de estos servicios son:

- Doctores, enfermeras practicantes y servicios hospitalarios.
- Vacunas para mantenerlo saludable.
- Terapias física, del habla, del lenguaje y ocupacional.
- Servicios de salud en el hogar, que pueden ser equipo médico, suministros y dispositivos.
- Tratamiento de problemas de la vista, lo que incluye anteojos.
- Tratamiento de problemas auditivos, incluidos aparatos auditivos cuando CCS no los cubre.
- Tratamiento de salud de la conducta para trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo.
- Administración de casos y educación para la salud.
- Cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, para mejorar la función o crear una apariencia normal.

## Pruebas de intoxicación por plomo en sangre

Todos los niños registrados en la Alianza deben hacerse una prueba de intoxicación por plomo en sangre a los 12 y a los 24 meses, o entre los 36 y los 72 meses de edad si no se les hizo la prueba antes.

## Ayuda para obtener servicios de cuidado preventivo de niños y jóvenes

La Alianza ayudará a los miembros menores de 21 años y a sus familias para que reciban los servicios que necesitan. Un coordinador de cuidado de la Alianza puede:

- Informarle sobre los servicios disponibles
- Ayudarle a encontrar proveedores dentro o fuera de la red cuando sea necesario

- Ayudarle a programar citas
- Tramitar transporte médico para que los niños puedan acudir a sus citas
- Ayudarle a coordinar el cuidado para los servicios que están disponibles por medio de FFS de Medi-Cal, como los siguientes:
  - Servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de la salud mental y por el consumo de drogas
  - Tratamiento para problemas dentales, incluida la ortodoncia

# Otros servicios que puede obtener por medio de tarifa por servicio (FFS) de Medi-Cal u otros programas

## Revisiones dentales

Mantenga las encías de su bebé limpias limpiando suavemente las encías con una toallita todos los días. Alrededor de los cuatro a seis meses la “dentición” comenzará cuando los dientes de leche comiencen a salir. Debe programar una cita para la primera visita al dentista de su hijo en cuanto le salga el primer diente o antes de su primer cumpleaños, lo que ocurra primero.

Los siguientes servicios dentales de Medi-Cal son gratuitos o de bajo costo para los niños de las siguientes edades:

Bebés de 1 a 4 años

- Primera consulta del bebé con el dentista
- Primer examen dental del bebé
- Exámenes dentales (cada 6 meses; cada 3 meses desde el nacimiento hasta los 3 años)
- Rayos X
- Limpieza dental (cada 6 meses)
- Barnizado de fluoruro (cada 6 meses)
- Empastes
- Extracción dental
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes externos
- Sedación (si es médicamente necesaria)

Niños de 5 a 12 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses)
- Rayos X
- Barnizado de fluoruro (cada 6 meses)
- limpieza dental (cada 6 meses)

- Selladores molares
- Empastes
- Endodoncia
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes externos
- Sedación (si es médicamente necesaria)

Niños de 13 a 20 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses)
- Rayos X
- Barnizado de fluoruro (cada 6 meses)
- Limpieza dental (cada 6 meses)
- Ortodoncia (frenos) para los que reúnan los requisitos
- Empastes
- Coronas
- Endodoncia
- Extracción dental
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes externos
- Sedación (si es médicamente necesaria)

*La sedación y la anestesia general deben considerarse cuando se documenta por qué la anestesia local no es apropiada, o está contraindicada, y si el tratamiento dental está preaprobado o no necesita preaprobación (autorización previa).

- Las contraindicaciones incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente: condición física, conductual, de desarrollo o emocional que le impide al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento.
- Procedimientos restauradores o quirúrgicos extensos.
- Un niño que no coopera.
- Una infección aguda en el lugar de la inyección.
- La falla de un anestésico local para controlar el dolor.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Medi-Cal Dental Program al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Dental Program en https://smilecalifornia.org/.

## Servicios adicionales de remisión a educación preventiva

Si le preocupa que su hijo esté teniendo dificultades para participar y aprender en la escuela, hable con el doctor de cuidado primario de su hijo, con los maestros o con los administradores de la escuela. Además de los beneficios médicos que cubre la Alianza, hay servicios que la escuela debe proporcionar para que su hijo aprenda y no se quede atrás.

Algunos ejemplos de los servicios que se pueden prestar para ayudar a su hijo a aprender incluyen:

- Servicios del habla y del lenguaje
- Servicios psicológicos
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Tecnología de asistencia
- Servicios de trabajo social
- Servicios de consejería
- Servicios de enfermería escolar
- Transporte de ida y vuelta a la escuela

Estos servicios los proporciona y paga el Departamento de Educación de California. Junto con los doctores y los maestros de su hijo, usted puede elaborar un plan personalizado que mejor ayude a su hijo.

# 6. Cómo reportar y resolver problemas

Hay dos formas de reportar y resolver problemas:

- Una **queja** (o **queja formal**) se presenta cuando hay un problema con la Alianza o un proveedor, o con el cuidado de salud o tratamiento que un proveedor haya proporcionado.
- Una **apelación** se presenta cuando no está de acuerdo con la decisión de la Alianza de cambiar sus servicios o de no cubrirlos.

Tiene derecho a presentar quejas y apelaciones ante la Alianza para informarnos sobre su problema. Esto no eliminará ninguno de sus derechos y recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias en su contra por presentar una queja contra nosotros. Comunicarnos sus problemas nos ayudará a mejorar el cuidado para todos los miembros.

Siempre debe ponerse en contacto primero con la Alianza para comunicarnos sus problemas. Comuníquese con nosotros de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes, al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Cuéntenos su problema.

El defensor del cuidado administrado de Medi-Cal del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud (DHCS) de California también puede ayudar. Puede ayudarle si tiene problemas para unirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También puede ayudarle si se muda y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al defensor de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-888-452-8609.

También puede presentar una queja sobre su elegibilidad para Medi-Cal ante la oficina de elegibilidad de su condado. Si no sabe ante quién puede presentar la queja, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

Para reportar la información incorrecta sobre su seguro adicional de salud, llame a Medi-Cal de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-800-541-5555.

## Quejas

Una queja (o queja formal) es cuando tiene un problema o no está satisfecho con los servicios que la Alianza o un proveedor le proporciona. No hay un plazo límite para presentar una queja. Puede presentar una queja ante la Alianza en cualquier momento por teléfono, por escrito o en línea.

- **Por teléfono:** llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes. Proporcione su nombre, número de identificación del plan de salud y el motivo de su queja.
- **Por correo:** llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes, y solicite que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan de salud y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

  Envíe el formulario a:
  Grievance Department
  1600 Green Hills Road, Suite 101
  Scotts Valley, CA 95066

  La oficina de su doctor tendrá formularios de quejas disponibles.
- **En línea:** visite el sitio web de la Alianza. Vaya a www.thealliance.health.

Si necesita ayuda para presentar su queja, podemos ayudarle. Podemos proporcionarle servicios lingüísticos gratuitos. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

En un periodo de 5 días naturales después de recibir su queja, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. Antes de 30 días, le enviaremos otra carta en la cual le explicaremos cómo resolvimos su problema. Si llama a la Alianza sobre una queja que no sea sobre la cobertura del cuidado de salud, una necesidad médica o un tratamiento experimental o de investigación y su queja se resuelve al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si tiene un asunto urgente relacionado con un problema de salud grave, iniciaremos una revisión acelerada (rápida) y le comunicaremos una decisión en un plazo de 72 horas.Para solicitar una revisión acelerada, llámenos a Servicios a los Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). En un plazo de 72 horas desde la recepción

de su queja, tomaremos una decisión sobre cómo nos encargaremos de su queja y si la agilizaremos. Si determinamos que no vamos a agilizar su queja, le comunicaremos que la resolveremos en un plazo de 30 días.

Las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de quejas de la Alianza. Los miembros pueden presentar quejas sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711) o visite la página https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

## Apelaciones

Una apelación es diferente a una queja. Una apelación es una solicitud para que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre sus servicios. Si le enviamos una carta de aviso de acción (NOA) para informarle que rechazamos, retrasamos, cambiamos o suspendimos un servicio o servicios y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Su PCP u otro proveedor también puede solicitarnos una apelación en su nombre con su permiso por escrito.

Debe solicitar una apelación en un periodo de 60 días a partir de la fecha en la que le hayamos enviado el NOA. Si decidimos reducir, suspender o interrumpir un servicio o servicios que está recibiendo ahora, puede seguir recibiendo ese servicio o servicios mientras espera que se decida su apelación. Esto se denomina ayuda de pago pendiente. Para recibir la ayuda de pago pendiente, debe solicitarnos una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha del NOA o antes de la fecha en la que dijimos que terminarán sus servicios, lo que sea posterior. Al solicitar una apelación en estas circunstancias, los servicios continuarán.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes. Proporcione su nombre, el número de identificación de su plan de salud y el servicio por el cual está apelando.
- **Por correo:** llame a la Alianza al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711) entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes, y solicite que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación de su plan de salud y el servicio por el cual está apelando.

Envíe el formulario a:
Grievance Department
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

La oficina de su doctor tendrá formularios de apelación disponibles.

- **En línea:** visite el sitio web de la Alianza. Vaya a www.thealliance.health.

Si necesita ayuda para presentar una apelación o con la ayuda de pago pendiente, podemos ayudarle. Podemos proporcionarle servicios lingüísticos gratuitos. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

En un plazo de 5 días a partir de la recepción de su apelación, le enviaremos una carta para informarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra decisión sobre la apelación y le enviaremos una carta de aviso de resolución de la apelación (NAR, por sus siglas en inglés). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una Audiencia Estatal. En este caso, la Audiencia Estatal será definitiva.

Si usted o su doctor desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo para decidir sobre su apelación pondría en peligro su vida, salud o capacidad para desempeñarse, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711). Tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en el que recibamos su apelación.

## Qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de la apelación

Si presentó una apelación y recibió una carta de NAR para informarle que no cambiamos nuestra decisión o nunca recibió una carta de NAR y han pasado más de 30 días, puede:

- Solicitar una **Audiencia Estatal** ante el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS, por sus siglas en inglés) y un juez revisará su caso.

No deberá pagar por la Audiencia Estatal. Tiene derecho a una Audiencia Estatal. En este caso, la Audiencia Estatal será definitiva.

Las siguientes secciones tienen más información sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal.

La Alianza no se encarga de las quejas y las apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Usted puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711).

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su beneficio de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una Audiencia Estatal.

## Audiencias estatales

Una Audiencia Estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). Un juez le ayudará a resolver su problema o le dirá que tomamos la decisión correcta. Tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal si ya solicitó una apelación ante nosotros y aún no está conforme con nuestra decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una Audiencia Estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de NAR. Sin embargo, si le dimos ayuda de pago pendiente durante su apelación y quiere que continúe hasta que haya una decisión sobre su Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días después de recibir nuestra carta de NAR o antes de la fecha en la que dijimos que sus servicios se detendrían, lo que sea posterior. Si necesita ayuda para asegurarse de que la ayuda de pago pendiente continuará hasta que haya una decisión final sobre su Audiencia Estatal, comuníquese con la Alianza de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes, llamando al 800-700-3874. Si no puede oír o hablar bien, llame al 800-855-3000 o 711). Su PCP puede solicitar una Audiencia Estatal en su nombre con su consentimiento por escrito.

En ocasiones, puede solicitar una Audiencia Estatal sin completar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, puede solicitar una Audiencia Estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación si no le notificamos correctamente o a tiempo sobre sus servicios. A esto se le denomina agotamiento declarado. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de agotamiento declarado:

- No pusimos a su disposición una carta de NOA en su idioma de preferencia.

- Cometimos un error que afecta alguno de sus derechos.
- No le dimos una carta de NOA.
- Cometimos un error en nuestra carta de NOA.
- No resolvimos su apelación en el plazo de 30 días. Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono o correo:

- **Por teléfono:** llame a la Unidad de Respuesta al Público del CDSS al 1-800-952-5253 (TTY 1-800-952-8349 o 711).
- **Por correo**: llene el formulario que se le proporcionó con su aviso de resolución de apelación. Envíelo a:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, MS 09-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, podemos ayudarle. Podemos proporcionarle servicios lingüísticos gratuitos. Llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

En la audiencia, usted dará su versión. Nosotros daremos la nuestra. El juez puede tardar hasta 90 días para decidir sobre su caso. La Alianza debe obedecer lo que el juez decida.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo para tener una Audiencia Estatal pondría en peligro su vida, salud o capacidad para funcionar, usted o su PCP pueden solicitar una Audiencia Estatal acelerada (rápida) al CDSS. El CDSS debe tomar una decisión dentro de los 3 días hábiles siguientes al día en el que haya recibido la presentación de su caso completo por parte de la Alianza.

## Fraude, derroche o abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que obtiene Medi-Cal cometió fraude, derroche o abuso, tiene derecho a reportarlo llamando al número confidencial gratuito 1-800-822-6222 o presentar una queja en línea en https://www.dhcs.ca.gov/.

El fraude, derroche o abuso del proveedor incluye:

- Falsificar registros de salud
- Recetar más medicinas de las que sean médicamente necesarias

- Proporcionar servicios de cuidado de salud mayores a los médicamente necesarios
- Cobrar por servicios no prestados
- Cobrar por servicios profesionales cuando el profesional no haya prestado el servicio
- Ofrecer artículos y servicios gratis o en descuento a miembros como un esfuerzo para influenciar qué proveedor selecciona el miembro
- Cambiar el médico de cuidado primario de un miembro sin el conocimiento del miembro

El fraude, derroche o abuso por parte de una persona que recibe beneficios incluye, entre otros:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan de salud o una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC) a alguien más
- Obtener medicinas o tratamientos iguales o similares de más de un proveedor
- Ir a una sala de emergencia cuando no sea una emergencia
- Usar el número del Seguro Social o de ID del plan de salud de alguien más
- Tomar viajes de transporte médico y no médico para servicios no relacionados con el cuidado de la salud, para servicios no cubiertos por Medi-Cal, o cuando no tiene una cita médica o recetas por recoger

Para reportar el fraude, derroche o abuso, escriba el nombre, la dirección y el número de ID de la persona que haya cometido el fraude, derroche o abuso. Proporcione tanta información como sea posible sobre la persona, como el número de teléfono o la especialidad, si es un proveedor. También proporcione las fechas de los acontecimientos y un resumen de lo que haya pasado exactamente.

Envíe su reporte a:

Member Services Department
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066

O llame a Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

# 7. Derechos y responsabilidades

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

## Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro de la Alianza:

- A ser tratado con respeto y dignidad, con la debida consideración a su derecho a la privacidad y a la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- A que se le proporcione información sobre el plan y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los profesionales, y los derechos y las responsabilidades del miembro.
- A recibir información escrita sobre el miembro totalmente traducida en su idioma preferido, incluidas todas las notificaciones de quejas y apelaciones.
- A hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades del miembro de la Alianza.
- A poder elegir un proveedor de cuidado primario dentro de la red de la Alianza.
- A tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- A participar en la toma de decisiones con los proveedores sobre su propio cuidado de la salud, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- A expresar sus quejas, verbalmente o por escrito, sobre la organización o el cuidado que recibió.
- A conocer la razón médica de la decisión de la Alianza de denegar, retrasar, terminar o cambiar una solicitud de atención médica.
- A recibir coordinación del cuidado.
- A solicitar una apelación de las decisiones de rechazar, diferir o limitar servicios o beneficios.

- A recibir servicios de interpretación a su idioma sin costo.
- A recibir asesoría jurídica gratuita en su oficina de ayuda legal local o en otros grupos.
- A elaborar instrucciones anticipadas.
- A solicitar una Audiencia Estatal si se le niega un servicio o beneficio, y ya presentó una apelación ante la Alianza y aún no está satisfecho con la decisión o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días, incluida la información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible una audiencia acelerada.
- A tener acceso a servicios con consentimiento del menor.
- A recibir sin costo información escrita para los miembros en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) previa solicitud, y de forma oportuna y adecuada para el formato solicitado y de acuerdo con la sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones.
- A estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento como medio de coerción, castigo, conveniencia o represalia.
- A recibir información sincera sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles presentada de una forma adecuada para su condición y capacidad de entendimiento, independientemente del costo o de la cobertura.
- A tener acceso a una copia de sus archivos médicos y recibirla, y solicitar que se modifiquen o corrijan, según se estipula en las secciones 164.524 y 164.526 del título 45 del Código de Regulaciones Federales.
- A la libertad para ejercer estos derechos sin que ello afecte negativamente la forma en que lo traten la Alianza, sus proveedores o el estado.
- A tener acceso a los servicios de planificación familiar, los centros independientes de partos, los centros de salud certificados por el gobierno federal, las clínicas de salud para indígenas, los servicios de parteras, los centros de salud rurales, los servicios para infecciones de transmisión sexual y los servicios de emergencia fuera de la red de la Alianza de acuerdo con la ley federal.

## Sus responsabilidades

Los miembros de la Alianza tienen las siguientes responsabilidades:

- Conocer y respetar las reglas de la Alianza.

- Informar a su doctor acerca de sus condiciones de salud, tanto las actuales como las pasadas.
- Ir a sus citas. Si necesita cancelar una cita, comuníquese con la oficina del doctor 24 horas antes de la hora de la cita.
- Ser amables y respetuosos con sus doctores, el personal con el que trabajan y el personal de la Alianza.
- Llevar consigo en todo momento su tarjeta de identificación de la Alianza y su BIC de Medi-Cal, y mostrarlas cuando le brinden cuidado.
- Seguir las reglas de cualquier otro seguro de salud que tengan.
- Ir a la sala de emergencia solamente cuando necesiten cuidado de emergencia.
- Llamar a la oficina de Medi-Cal de su condado si se mudan o cambian de número de teléfono. Si usted recibe Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), llame a la oficina local del Seguro Social.
- Llame a la oficina local de servicios de su condado para actualizar cualquier otro seguro de salud que tenga o que ya no tenga. Para actualizar la información de otro seguro por teléfono, llame a:

| | | |
|---|---|---|
| Condado de Merced<br>855-421-6770<br>209-385-3000 | Condado de Monterey<br>877-410-8823 | Condado de Santa Cruz<br>888-421-8080 |

Para actualizar la información de otro seguro en línea, vaya al sitio web del Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (DHCS) de California: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_OCU_cont.aspx

## Aviso de no discriminación

La discriminación va contra la ley. La Alianza sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. La Alianza no discrimina de manera ilegal, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, credo, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

La Alianza brinda:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como lo siguiente:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Alianza de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes, llamando al **800-700-3874**. O, si no puede oír o hablar bien, llame al **800-855-3000** o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.

## Cómo presentar una queja

Si cree que la Alianza no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de forma ilegal de otra manera con base en su sexo, raza, color, credo, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles, también conocido como especialista principal de quejas. Puede presentar una queja por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono**: comuníquese con el especialista principal de quejas de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., de lunes a viernes, llamando al 800-700-3874. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 800-855-3000o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja, o escriba una carta y envíela a:

  Central California Alliance for Health
  Attn: Senior Grievance Specialist
  1600 Green Hills Rd, Suite 101
  Scotts Valley, CA 95066
- **En persona:** visite la oficina de su doctor o de la Alianza y diga que quiere presentar una queja.
- **Electrónicamente:** visite el sitio web de la Alianza en www.thealliance.health.

## Oficina de Derechos Civiles: Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** llame al 916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de quejas están disponibles en https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Electrónicamente:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

## Oficina de Derechos Civiles: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Si considera que lo discriminaron con base en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** llame al 1-800-368-1019. Si no puede oír o hablar bien, llame al TTY 1-800-537-7697 o 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

- **Electrónicamente:** visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp**.**

# Maneras de involucrarse como miembro

La Alianza quiere saber de usted. Cada trimestre, la Alianza realiza reuniones para hablar sobre lo que funciona bien y cómo puede mejorar la Alianza. Los miembros están invitados a asistir. ¡Venga a una reunión!

## Grupo Asesor de Servicios para Miembros (MSAG)

La Alianza tiene un grupo llamado Grupo Asesor de Servicios para Miembros (MSAG, por sus siglas en inglés). Este grupo está conformado por miembros de la Alianza, y representantes del condado o agencias de la comunidad. Puede unirse a este grupo si así lo desea. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de la Alianza y es responsable de lo siguiente:

- Asesorar a la Junta de Directores de la Alianza en asuntos relacionados con los miembros

Si desea ser parte de este grupo, llame Servicios para Miembros al 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711).

## Comité Consultivo de Familias del Modelo del Niño en su Totalidad (WCMFAC)

El Comité Consultivo de Familias del Modelo del Niño en su Totalidad lleva a cabo reuniones para mejorar los servicios para niños con necesidades especiales de cuidado de salud. Estos niños son elegibles para California Children's Services (CCS). El grupo está compuesto por personal de la Alianza, familias con niños de CCS y proveedores. El Comité Consultivo de Familias del Modelo del Niño en su Totalidad (WCMFAC, por sus siglas en inglés) hace sugerencias sobre cómo cumplir los objetivos del Modelo del Niño en su Totalidad (WCM). El grupo trabaja para establecer un cuidado centrado en la familia y es responsable de lo siguiente:

- Mantener la calidad del cuidado y coordinarlo
- Hacer recomendaciones a la Junta de Directores de la Alianza

Si desea ser parte de este grupo, llame al 800-700-3874, extensión 5567 (TTY 800-855-3000 o 711).

# Aviso de prácticas de privacidad

Una declaración que describe las políticas y los procedimientos de la Alianza para preservar la confidencialidad de los archivos médicos se encuentra disponible y se le enviará si así lo solicita.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios sensibles no tienen la obligación de obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles o para presentar una reclamación por servicios sensibles. La Alianza dirigirá las comunicaciones relacionadas con servicios sensibles a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados por el miembro o, en ausencia de una designación, en nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono registrados. La Alianza atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente producible en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud de comunicaciones confidenciales de un miembro relacionada con servicios sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Los miembros pueden solicitar Comunicaciones confidenciales usando el formulario de solicitud de Comunicaciones confidenciales, el cual está disponible en nuestro sitio web https://thealliance.health/. El formulario puede ser enviado en línea o impreso y enviado por correo a la Alianza a la siguiente dirección:

Central California Alliance for Health

**Attn: Privacy Officer**

1600 Green Hills Road, Suite 101

Scotts Valley, CA 95066

Fecha de entrada en vigor: 15 de octubre de 2021

## ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

En este aviso, utilizamos “la Alianza”, “nosotros” y “nuestro” para referirnos a Central California Alliance for Health.

**¿Por qué recibí este aviso?** Este aviso le informa sobre las maneras en las que nosotros podemos recopilar, usar o revelar (compartir) su información de salud protegida. Entendemos que la información de su salud es personal y estamos comprometidos a proteger su privacidad. Este aviso solamente describe las prácticas de privacidad de la Alianza. Su doctor puede tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y revelación de su información de salud, los cuales se crean en la oficina del doctor.

## Sus derechos

**Cuando se trata de la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos y algunas de las responsabilidades que tenemos para ayudarle.

| | |
|---|---|
| **Pídanos una copia de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones** | ▪ Puede pedir que le permitamos ver o que le demos una copia de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones, u otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.<br>▪ Normalmente le daremos una copia o un resumen de los archivos sobre su salud y sus reclamaciones en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que haga la solicitud. Es posible que tenga que pagar una tarifa razonable basada en los costos.<br>▪ Es posible que respondamos “no” si solicita algunos tipos de archivos, como notas de psicoterapia o información para usarse en procesos civiles, penales o administrativos. Si denegamos su solicitud, le diremos la razón por escrito.<br>▪ Es posible que tenga el derecho a que un profesional de cuidado de salud con licencia revise la negativa. Le diremos si cuenta con este derecho. |
| **Pídanos que se corrijan los archivos sobre su salud y sus reclamaciones** | ▪ Puede pedirnos que se corrijan los archivos sobre su salud y sus reclamaciones si piensa que tienen errores o que están incompletos. Debe realizar su solicitud por escrito. Pregúntenos cómo hacerlo.<br>▪ Es posible que respondamos “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.<br>▪ Si no aprobamos su solicitud, usted tiene derecho a enviarnos una declaración para incluirla en el archivo. |
| **Solicite que las comunicaciones sean confidenciales** | ▪ Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica (por ejemplo, llamando al número de su casa o de su oficina) o que le mandemos el correo a un domicilio diferente. Pregúntenos cómo hacerlo. |

| | |
|---|---|
| | ▪ Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables y tenemos la obligación de decir “sí”, si nos dice que usted correría peligro si no lo hacemos. |
| **Pídanos que se limite lo que usamos o compartimos** | ▪ Puede pedirnos que **no** se use o comparta cierta información sobre su salud con fines de tratamiento, de pago o de nuestras operaciones.<br>▪ No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responderle “no” si dicha solicitud puede afectar su cuidado.<br>▪ Tenemos la obligación de aceptar su solicitud si nos pide que no se comparta información con un plan de salud si usted o alguien más, que no sea el plan de salud, pagaron el cuidado en su totalidad y cuando las leyes no exijan dicha revelación. |
| **Obtenga una lista de las entidades con quienes hemos compartido información** | ▪ Puede pedirnos una lista (informe) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años previos a la fecha en la que lo solicite, además de con quién la compartimos y por qué.<br>▪ Incluiremos todas las revelaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de salud, y algunas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido hacer o aquellas que exija la ley). Le daremos un informe al año gratis, pero es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro antes de que pasen 12 meses. |
| **Obtenga una copia de este aviso de privacidad** | ▪ Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si estuvo de acuerdo en recibir el aviso de manera electrónica. Le daremos una copia impresa de manera oportuna.<br>▪ También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web en https://thealliance.health/. |
| **Nombre a alguien para que lo represente** | ▪ Si le dio a alguien un poder notarial médico, si tiene un tutor legal o si nos dio una autorización por escrito para actuar como su representante personal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.<br>▪ Antes de hacer cualquier cosa, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y que pueda representarlo. |

| | |
|---|---|
| **Presente una queja si cree que violamos sus derechos** | ▪ Puede comunicarse con nosotros usando la información de la sección "Nuestras responsabilidades" en la página 5 de este aviso a fin de presentar una queja si cree que se han violado sus derechos.<br>▪ También puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (DHCS) y la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. |

## Sus decisiones

**En el caso de cierta información sobre la salud, puede indicarnos sus decisiones sobre lo que compartamos.** Avísenos si tiene alguna preferencia clara sobre la manera en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

| | |
|---|---|
| **En los casos en los que usted *pueda* decirnos sus decisiones sobre lo que compartimos, tiene el derecho de decirnos que:** | Compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado.<br>Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre.<br>Nos comuniquemos con usted en relación con actividades de recaudación de fondos.<br><br>Si no tiene la capacidad para decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que compartamos su información si consideramos que eso le beneficiará. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. |
| **Nunca compartimos su información en los siguientes casos, a menos que usted nos dé autorización por escrito:** | Fines de mercadotecnia<br>Venta de su información<br>Notas de terapia psicológica<br>Archivos sobre tratamientos contra el abuso de drogas |

## Nuestros usos o revelaciones

**Cómo usamos o revelamos normalmente la información sobre su salud.**
Normalmente usamos o revelamos la información sobre su salud de las siguientes maneras.

| | | |
|---|---|---|
| **Para ayudar a administrar el tratamiento que usted recibe para el cuidado de salud** | ▪ Podemos usar la información sobre su salud y compartirla con los profesionales que lo estén atendiendo. | ***Ejemplo:*** un doctor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para poder asegurarnos de que los servicios sean médicamente necesarios y que se trate de beneficios que están cubiertos. |
| **Para administrar nuestra organización** | ▪ Podemos usar y revelar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted en caso necesario.<br>▪ También podemos usar y revelar su información a contratistas (socios comerciales) que nos apoyan con ciertas funciones. Ellos deben firmar un contrato en el que se comprometan a mantener la confidencialidad de su información antes de que la compartamos con ellos.<br>▪ **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el precio de dicha cobertura.** | ***Ejemplo:*** usamos la información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted.<br><br>***Ejemplo:*** compartimos su nombre y dirección con un contratista para que imprima y envíe por correo las tarjetas de identificación de nuestros miembros. |

| | | |
|---|---|---|
| **Para pagar sus servicios de salud** | ▪ Podemos usar y revelar la información sobre su salud cuando pagamos sus servicios de salud. | **Ejemplo:** compartimos información sobre usted con cualquier otro plan de seguro de salud que usted tenga para coordinar el pago del cuidado de salud que usted recibe. |
| **Para administrar su plan** | ▪ Podemos revelar la información sobre su salud al patrocinador de su plan de salud con fines de administración del plan. | **Ejemplo:** su empresa nos contrata para brindarle un plan de salud y nosotros le damos a su empresa algunas estadísticas para explicar las primas que cobramos. |

**¿De qué otras formas podemos usar o compartir la información sobre su salud?**
Tenemos permitido o estamos obligados a compartir información de otras formas que normalmente contribuyen al bien público, como en el caso de la salud pública y la investigación. Antes de compartir su información con estos fines, tenemos que cumplir con muchas condiciones legales. Consulte más información en:
**www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**

| | |
|---|---|
| **Para ayudar a resolver problemas de salud y seguridad públicas** | ▪ Podemos compartir información sobre su salud en ciertas situaciones, como las siguientes:<br>▪ Prevención de enfermedades<br>▪ Ayuda con el retiro de productos del mercado<br>▪ Reportes de reacciones adversas a medicinas<br>▪ Reportes de sospecha de maltrato, descuido o violencia doméstica<br>▪ Prevención o disminución de una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona |

| | |
|---|---|
| **Intercambio de Información de Salud (HIE)** | ▪ Participamos en intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés), lo que permite que los proveedores coordinen el cuidado y brinden acceso más rápido a nuestros miembros. Los HIE pueden ayudar también a los proveedores y a los funcionarios de la salud pública a:<br>▪ Tomar decisiones más informadas;<br>▪ Evitar duplicaciones en el cuidado (como pruebas), y<br>▪ Reducir la probabilidad de cometer errores médicos.<br>▪ Si no desea que compartamos su información de salud de este modo, puede informarnos completando el formulario de Información Personal de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) para optar por dejar de ser miembro del HIE. |
| **Para realizar investigaciones** | ▪ Podemos usar o compartir su información con fines de investigación sobre la salud. |
| **Para cumplir con la ley** | ▪ Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales nos lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos en caso d que desee verificar que estamos cumpliendo con la ley federal sobre privacidad. |
| **Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaborar con un médico forense o con el director de una agencia funeraria** | ▪ Podemos compartir información sobre usted con organizaciones encargadas de obtener órganos.<br>▪ Cuando alguien muere, podemos compartir información médica con un perito forense, un médico forense o con el director de una agencia funeraria. |
| **Para atender solicitudes sobre indemnizaciones laborales, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales** | ▪ Podemos usar o compartir información sobre su salud:<br>▪ Para las reclamaciones de indemnizaciones laborales<br>▪ Para fines de la aplicación de la ley o con un funcionario del orden público<br>▪ Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley |

| | |
|---|---|
| | ▪ Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial |
| **Para responder a demandas y medidas legales** | ▪ Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. |

### Limitaciones

En algunas circunstancias puede haber otras restricciones que limiten la información que podemos usar o compartir. Existen restricciones especiales para compartir información relacionada con el estado de salud respecto al VIH/SIDA, tratamientos de salud mental, discapacidades de desarrollo y tratamientos para el abuso de drogas y alcohol. Nosotros cumplimos estas restricciones al usar la información sobre su salud.

## Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Estamos obligados a darle este aviso a fin de describir cómo la ley nos exige proteger su información de salud protegida y cómo lo haremos. Actualizaremos este aviso si se hace un cambio con respecto a la información que podemos o debemos compartir.
- Le informaremos inmediatamente si ocurre alguna violación que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Tenemos el deber de cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y de darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a la que se describe en este documento, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

### Cómo puede ejercer estos derechos

Puede ejercer cualquiera de sus derechos llamando o mandando una solicitud por escrito a nuestro funcionario de privacidad a la dirección que aparece más adelante o comunicándose con Servicios para Miembros. También puede solicitar una copia de sus archivos completando un formulario de Solicitud de Acceso a Archivos, que está disponible en nuestro sitio web en **https://thealliance.health/**.

**Cómo presentar una queja**

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro funcionario de privacidad. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja. La presentación de una queja no afectará la calidad de los servicios de cuidado de salud que reciba como miembro de la Alianza.

**Comuníquese con nosotros:**

Central California Alliance for Health, Privacy Officer

1600 Green Hills Road, Suite 101

Scotts Valley, CA 95066

1 (800) 700-3874 (línea gratuita)

1 (800) 855-3000 (línea TTY, para personas con problemas auditivos)

**Si es miembro de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California:**

Privacy Officer

c/o Office of HIPAA Compliance

Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue

MS0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 916-445-4646

Correo electrónico: DHCSPrivacyOfficer@dhcs.ca.gov

Fax: (916) 327-4556

**También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:**

200 Independence Avenue SW

Washington, DC 20201

Llamando al 1 (877) 696-6775 o visitando
**www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**

**Para obtener más información, consulte:**
**www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**

**Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Usted puede obtener el nuevo aviso si lo solicita en nuestro sitio web, y le mandaremos una copia por correo.

## Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este Manual para Miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales o estatales.

## Aviso sobre Medi-Cal como pagador en última instancia, otras coberturas médicas y recuperación de daños

El programa Medi-Cal cumple las leyes y los reglamentos estatales y federales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud para miembros. La Alianza tomará todas las medidas razonables para garantizar que el programa Medi-Cal sea el pagador en última instancia.

Los miembros de Medi-Cal pueden tener otra cobertura médica (OHC, por sus siglas en inglés), también denominada seguro de salud privado. Como una condición para calificar para Medi-Cal, debe solicitar o retener cualquier OHC disponible cuando no tenga ningún costo para usted.

Las leyes federales y estatales exigen que los miembros de Medi-Cal reporten OHC y cualquier cambio a las OHC ya existentes. Si no reporta una OHC a tiempo, es posible que tenga que reembolsar al DHCS los beneficios pagados por error. Presente su OHC en línea en la página http://dhcs.ca.gov/OHC. Si no tiene acceso a Internet, puede reportar OHC a su plan de salud o llamando al 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077 o 711, dentro de California) o al 1-916-636-1980 (fuera de California). El DHSC tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios que cubre Medi-Cal y para los que no sea el primer pagador. Por ejemplo, si usted se lesiona en un accidente de tránsito o en el trabajo, es posible que el seguro de automóvil o el de accidentes de trabajo tenga que pagar primero o hacerle un reembolso a Medi-Cal.

Si sufre una lesión y otra parte es responsable de su lesión, usted o su representante legal debe notificar al DHCS dentro de un periodo de 30 días de haber presentado una acción legal o una reclamación. Presente su notificación en línea:

- Programa de Lesiones Personales en http://dhcs.ca.gov/PI
- Programa de Recuperación de Compensación de los Trabajadores en http://dhcs.ca.gov/WC

Para conocer más, llame al 1-916-445-9891.

## Aviso sobre la recuperación a partir de bienes

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso a patrimonios de determinados miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de su cumpleaños 55. El reembolso incluye las primas de pago por servicio y de atención administrada, y los pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios a domicilio y comunitarios, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro era paciente en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios a domicilio y comunitarios. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio testamentario del miembro.

Para obtener más información, consulte el sitio web de la recuperación de bienes de DHCS, http://dhcs.ca.gov/er. Llame al 1-916-650-0590.

# Aviso de acción

La Alianza le enviará una carta de aviso de acción (NOA) cada vez que la Alianza rechace, posponga o modifique una solicitud de servicios de cuidado de salud. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede presentar una apelación ante la Alianza. Consulte la sección anterior “Apelaciones” para leer información importante sobre la presentación de su apelación. Cuando la Alianza le envíe un NOA, le informará todos los derechos que tiene en caso de que no esté de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

### *Contenidos en los comunicados*

Si la Alianza determina las denegaciones, los retrasos, las rescisiones o los cambios, parcial o totalmente, en función de la necesidad médica, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que la Alianza pretende emprender.
- Una explicación clara y concisa de las razones por las cuales la Alianza tomó esa decisión.
- Cómo llegó la Alianza a esa decisión. Esto debe incluir los criterios utilizados por la Alianza.
- Las razones médicas de la decisión. La Alianza debe exponer claramente por qué el estado del miembro no se ajusta a los criterios o pautas.

### *Traducciones*

La Alianza tiene la obligación de traducir y de proporcionar información escrita al miembro en su totalidad en los idiomas comunes preferidos, incluidos todos los avisos de quejas y apelaciones.

El aviso traducido en su totalidad debe incluir el motivo médico de la decisión de la Alianza de reducir, suspender o detener una solicitud de servicios de atención médica.

Si el idioma de su preferencia no está disponible, el plan de cuidado administrado (MCP, por sus siglas en inglés) debe ofrecerle asistencia verbal en su idioma de preferencia para que pueda comprender la información que recibe.

# 8. Números y palabras importantes que debe conocer

## Números de teléfono importantes

- Servicios para Miembros de la Alianza: 800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o 711)
- Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y marque 5 o 711)
- Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza: 844-971-8907
- Coordinadores de Transporte de la Alianza: 800-700-3874
- Manejo de casos de la Alianza: 800-700-3874, extensión 5512
- Educación de Salud de la Alianza: 800-700-3874, extensión 5580
- Para solicitar servicios de interpretación: 800-700-3874, extensión 5580
- Beacon Health Options (para servicios de salud mental): 855-765-9700
- Vision Services Plan (para servicios de la vista de rutina): 800-877-7195
- Programa Medi-Cal Dental (para servicios dentales): 800-322-6384

## Palabras que debe conocer

**Aguda:** una condición médica repentina que requiere atención médica rápida y que no dura mucho tiempo.

**Aparato corrector:** aparato que se usa como soporte o refuerzo fijado de manera externa al cuerpo para dar apoyo o corregir una parte del cuerpo gravemente herida o discapacitada, y que es necesario dese el punto de vista médico para la recuperación médica del miembro.

**Apelación:** solicitud de un miembro para que la Alianza revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado.

**Aprobación previa (o autorización previa):** su PCP u otros proveedores deben contar con la aprobación de la Alianza antes de brindarle ciertos servicios. La Alianza solamente aprobará los servicios que usted necesite. La Alianza no aprobará los servicios de proveedores no participantes si la Alianza considera que puede recibir servicios similares o más adecuados por medio de los proveedores de la Alianza. Una referencia no es una aprobación. Debe obtener la aprobación de la Alianza.

**Área de servicio:** área geográfica donde la Alianza presta servicio. Esto incluye los condados de Santa Cruz, Monterey y Merced.

**Autorización previa (aprobación previa):** su PCP u otros proveedores deben contar con la aprobación de la Alianza antes de brindarle ciertos servicios. La Alianza solamente aprobará los servicios que usted necesite. La Alianza no aprobará los servicios de proveedores no participantes si la Alianza considera que puede recibir servicios similares o más adecuados por medio de los proveedores de la Alianza. Una referencia no es una aprobación. Debe obtener la aprobación de la Alianza.

**Beneficios:** medicinas y servicios de cuidado de salud cubiertos por este plan de salud.

**California Children's Services (CCS):** programa de Medi-Cal que brinda servicios a niños menores de 21 años con ciertas enfermedades y problemas de salud.

**California Health and Disability Prevention (Programa de Salud y Prevención de la Discapacidad de California) (CHDP):** programa de salud que reembolsa a los proveedores públicos y privados de cuidado de salud por evaluaciones de salud tempranas para detectar o prevenir enfermedades y discapacidades en niños y jóvenes. El programa ayuda a los niños y a los jóvenes a tener acceso al cuidado de salud regular. Su PCP puede proporcionar los servicios del CHDP.

**Centro de enfermería especializada:** lugar que brinda cuidado de enfermería las 24 horas y que solo pueden proporcionar profesionales capacitados.

**Centro de Salud Certificado por el Gobierno Federal (FQHC):** centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de cuidado de salud. Puede obtener cuidado primario y preventivo en un FQHC.

**Centros Independientes de Partos (FBC):** centros de salud donde se planean los partos lejos de la residencia de las mujeres embarazadas, que cuentan con licencia o que de otro modo están aprobados por el estado para proporcionar cuidado de labor prenatal y parto o de posparto y otros servicios para pacientes externos que están incluidos en el plan. Estos centros no son hospitales.

**Cirugía reconstructiva:** cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar el funcionamiento o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedad.

**Clínica Rural de Salud (RHC):** centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de cuidado de salud. Puede obtener cuidado primario y preventivo en una RHC.

**Clínica:** centro que los miembros pueden elegir como proveedor de cuidado primario (PCP). Puede ser un Centro de Salud Certificado por el Gobierno Federal (FQHC), una clínica comunitaria, una Clínica Rural de Salud (RHC), un Proveedor de Cuidado de la Salud para Indígenas (IHCP) u otro centro de cuidado primario.

**Cobertura (servicios cubiertos):** servicios de Medi-Cal de los cuales la Alianza es responsable del pago. Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del contrato de Medi-Cal, y según se mencionan en esta Constancia de Cobertura (EOC) y cualquiera de sus enmiendas.

**Cobertura de medicinas recetadas:** cobertura de medicinas recetadas por un proveedor.

**Condición crónica:** enfermedad u otro problema médico que no puede curarse completamente, que empeora con el tiempo o que debe tratarse para que usted no empeore.

**Condición médica de emergencia:** condición médica o mental con síntomas graves, como el trabajo de parto (ir a la definición) o el dolor intenso, que alguien con el conocimiento de una persona prudente sobre salud y medicina crea que si no recibe cuidados médicos inmediatos podría:

- Poner su salud o la salud de su niño en gestación en peligro grave
- Causar el deterioro de una función corporal
- Causar que una parte del cuerpo u órgano no funcione correctamente

**Condición psiquiátrica médica de emergencia:** trastorno mental en el que los síntomas son tan serios o graves que pueden ocasionar un peligro inmediato para usted u otras personas, o que usted de inmediato deje de poder obtener o usar alimentos, albergue o ropa debido al trastorno mental.

**Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés):** el proceso para determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene responsabilidades principales respecto a tratamiento y pago para miembros con más de un tipo de cobertura de seguro de salud.

**Copago:** pago que usted hace, generalmente al momento del servicio, además del pago de la aseguradora.

**Cuidado a largo plazo:** cuidado en un centro por más de un mes después de la admisión.

**Cuidado continuo:** capacidad de un miembro del plan para continuar obteniendo servicios de Medi-Cal de parte de su proveedor existente por hasta 12 meses si el proveedor y la Alianza están de acuerdo.

**Cuidado de enfermería especializada:** servicios cubiertos que brindan enfermeras, técnicos o terapeutas con licencia durante una estancia en un centro de enfermería especializada o en la casa del miembro.

**Cuidado de rutina:** servicios médicamente necesarios y cuidado preventivo, consultas de bienestar infantil o cuidado como el de seguimiento y de rutina. El objetivo del cuidado de rutina es prevenir los problemas de salud.

**Cuidado de salud en el hogar:** cuidado de enfermería especializada y otros servicios que se proporcionan en el hogar.

**Cuidado de seguimiento:** cuidado regular de un doctor para revisar el progreso de un paciente después de una hospitalización o durante un tratamiento.

**Cuidado de urgencia (o servicios urgentes):** servicios que se brindan para tratar enfermedades, lesiones o condiciones que no son de emergencia y que requieren cuidado médico. Puede recibir cuidado de urgencia de un proveedor fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente.

**Cuidado en la sala de emergencia**: un examen que realiza un doctor (o personal bajo la dirección de un doctor, según lo permita la ley) para saber si existe una condición médica de emergencia. Los servicios médicamente necesarios para lograr que se estabilice clínicamente dentro de las capacidades del centro de salud.

**Cuidado hospitalario para pacientes externos:** cuidado médico o quirúrgico que se brinda en un hospital sin que el paciente sea admitido como paciente interno.

**Cuidado para pacientes externos:** cuando no tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para obtener el cuidado médico que necesita.

**Cuidado para pacientes internos:** cuando tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para obtener el cuidado médico que necesita.

**Cuidado primario:** consulte “Cuidado de rutina”.

**Cuidados paliativos:** cuidados que reducen las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad grave. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos.

**DHCS:** Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California. Esta es la oficina estatal que supervisa el programa Medi-Cal.

**Directorio de Proveedores:** es una lista de los proveedores de la red de la Alianza.

**DMHC:** Departamento de Atención Médica Administrada de California. Esta es la oficina estatal que supervisa los planes administrados de cuidado de salud.

**Enfermedad grave:** enfermedad o condición que debe tratarse y que puede causar la muerte.

**Enfermedad terminal:** condición médica que no se puede revertir y que es muy probable que cause la muerte en un plazo de un año o menos si la enfermedad sigue su curso natural.

**Enfermera partera certificada (CNM):** una persona con licencia como Enfermera Registrada y certificada como partera enfermera por el Consejo de California de Enfermería Registrada. Una enfermera partera certificada tiene permiso para asistir en casos de partos normales.

**Equipo médico duradero (DME):** equipo que es médicamente necesario y que ordena su doctor u otro proveedor. La Alianza decide si renta o compra el DME. Los costos de renta no deben ser mayores que los costos de compra.

**Especialista (o médico especialista):** doctor que trata ciertos tipos de problemas de cuidado de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopedista trata los huesos rotos; un alergólogo, las alergias; y un cardiólogo, los problemas del corazón. En la mayoría de los casos, necesitará una referencia de su PCP para ir con un especialista.

**Fraude:** acto intencional para engañar o tergiversar que comete una persona que sabe que el engaño puede derivar en un beneficio no autorizado para él o ella, o para alguien más.

**Hogar médico:** un modelo de cuidado que proporciona una mejor calidad de cuidado de salud, mejora la autogestión del cuidado de los miembros y disminuye los costos evitables con el tiempo.

**Hospicio:** cuidado para reducir los malestares físicos, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad terminal. El cuidado de hospicio está disponible cuando el miembro tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

**Hospital participante:** hospital con licencia que tiene un contrato con la Alianza para proporcionar servicios a los miembros cuando reciben cuidado. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes pueden ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de revisión de uso o garantía de calidad de la Alianza o por el contrato que la Alianza tenga con el hospital.

**Hospital:** un lugar donde se obtiene cuidado para pacientes internos y externos de parte de doctores y enfermeras.

**Hospitalización:** admisión en un hospital para recibir tratamiento como paciente interno.

**Indígena estadounidense:** un individuo, definido en el título 25 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), secciones 1603(13), 1603(28), 1679(a) o que ha sido determinado elegible, como indígena, de acuerdo con el título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés) 136.12 o el Título V de la Ley de Mejora de la Atención Médica a Indígenas de América, para recibir servicios de cuidado de salud por parte de proveedores de salud indígenas (Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses, una tribu indígena, organización tribal u organización indígena urbana [I/T/U, por sus siglas en inglés]) o por medio de referencia bajo servicios de salud por contrato.

**Inscrito:** persona que es miembro de un plan de salud y obtiene servicios por medio del plan.

**Lista de medicamentos con contrato (CDL, por sus siglas en inglés):** la lista de medicamentos aprobados para Medi-Cal Rx a partir de la que su doctor puede solicitar los medicamentos cubiertos que usted necesita.

**Manejador de casos:** enfermeras registradas o trabajadores sociales que pueden ayudarle a entender los problemas de salud graves y acordar el cuidado con sus proveedores.

**Medi-Cal Rx:** un servicio de beneficios de farmacia de FFS de Medi-Cal conocido como “Medi-Cal Rx” que proporciona beneficios y servicios de farmacia, incluidas medicinas recetadas y algunos suministros médicos a todos los beneficiarios de Medi-Cal.

**Médicamente necesario (o necesidad médica):** el cuidado médicamente necesario son servicios importantes, razonables y que protegen la vida. Este cuidado es necesario para evitar que los pacientes sufran enfermedades o discapacidades graves. Este cuidado reduce el dolor grave mediante el tratamiento de la enfermedad o lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal incluyen cuidado médicamente necesario para resolver o ayudar a mejorar una enfermedad o condición mental o física, incluidos los trastornos por el consumo de drogas, como se establece en la sección 1396d(r) del título 42 del Código de los Estados Unidos.

**Medicare:** el programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años, ciertas personas jóvenes con discapacidad y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante, que a veces se llama ESRD, por sus siglas en inglés).

**Medicinas recetadas**: medicinas que legalmente necesitan la orden de un proveedor con licencia para venderse.

**Miembro:** cualquier beneficiario elegible de Medi-Cal inscrito en la Alianza con derecho a recibir servicios cubiertos.

**Otra cobertura de salud (OHC):** otra cobertura de salud (OHC) se refiere al seguro de salud privado y a otros pagadores de servicios que no son Medi-Cal. Los servicios pueden incluir servicios médicos, dentales, para la visión, farmacia o planes de Medicare complementarios (Parte C y D).

**Paciente establecido:** un paciente que tiene una relación existente con un doctor y que ha visto a ese doctor dentro de una cantidad de tiempo específica establecida por el plan.

**Plan de cuidado administrado:** plan de Medi-Cal que usa solamente ciertos doctores, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. La Alianza es un plan de cuidado administrado.

**Plan:** consulte la definición de “Plan de cuidado administrado”.

**Prótesis:** aparato artificial sujeto al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

**Proveedor calificado:** doctor calificado en el área de ejercicio adecuada para tratar su condición.

**Proveedor de Cuidado de Salud para Indígenas (IHCP):** un programa de atención de salud operada por el Servicio de Salud para Indígenas (IHS, por sus siglas en inglés) o por una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana (I/T/U), tal como se definen estos términos en la Sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena Estadounidense (25 U.S.C., sección 1603).

**Proveedor de cuidado primario (PCP):** proveedor con licencia que usted tiene para la mayoría de su cuidado de salud. Su PCP le ayuda a recibir el cuidado que necesita. Algunos tipos de cuidado necesitan aprobarse primero, a menos que:

- Tenga una emergencia
- Necesite cuidado de obstetricia/ginecología
- Necesite servicios sensibles
- Necesite servicios de planificación familiar o de control natal

Su PCP puede ser un:

- Médico general
- Internista
- Pediatra
- Médico familiar
- Ginecobstetra
- Proveedor de Cuidado de la Salud para Indígenas (IHCP)
- Centro de Salud Certificado por el Gobierno Federal (FQHC)
- Clínica Rural de Salud (RHC)
- Enfermera con práctica médica
- Médico auxiliar
- Clínica

**Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red):** consulte “Proveedor participante”.

**Proveedor de servicios de salud mental:** persona con licencia que brinda servicios de salud mental y de salud de la conducta a los pacientes.

**Proveedor fuera de la red:** proveedor que no es parte de la red de la Alianza.

**Proveedor no participante:** proveedor que no está en la red de la Alianza.

**Proveedor participante (o doctor participante):** un doctor, hospital u otro profesional de cuidado de la salud o centro de salud con licencia, incluidos los centros de cuidados intermedios, que tienen un contrato con la Alianza para ofrecer servicios a miembros cuando reciben cuidado.

**Proveedores de cuidado de salud en el hogar:** proveedores que brindan cuidado de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

**Proveedores de cuidado de salud:** doctores y especialistas, como cirujanos, doctores que tratan el cáncer o doctores que tratan partes especiales del cuerpo y que trabajan con la Alianza o están dentro de la red de la Alianza. Los proveedores de la red de la Alianza deben tener una licencia para ejercer en California y darle el servicio que la Alianza cubre.

Normalmente, necesita una referencia de su PCP para ir con un especialista. Su PCP debe recibir una aprobación previa de la Alianza antes de que usted reciba cuidado por parte del especialista.

Usted **no** necesita una referencia de su PCP para ciertos tipos de servicios, como planificación familiar, cuidado de emergencia, cuidado de obstetricia/ginecología, o servicios sensibles.

**Queja formal:** manifestación o disconformidad verbal o escrita de un miembro sobre la Alianza, un proveedor o los servicios brindados. Una queja es un ejemplo de una queja formal.

**Queja:** expresión verbal o escrita de un miembro por insatisfacción sobre un servicio cubierto por Medi-Cal, por Alliance, por el plan de salud mental del condado o por un proveedor de Medi-Cal.

**Quiropráctico:** un proveedor que trata la columna vertebral por medio de la manipulación manual.

**Red:** grupo de doctores, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por la Alianza para brindar cuidado.

**Referencia:** cuando su PCP dice que otro proveedor puede brindarle cuidado. Algunos servicios de cuidado requieren una referencia y aprobación previa (autorización previa).

**Recuperación por agravio:** cuando se proporcionan o se proporcionarán beneficios a un miembro de Medi-Cal debido a una lesión de la que otra parte es responsable, DHCS recupera el valor razonable de los beneficios proporcionados al miembro por esa lesión.

**Seguro de salud:** cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al reembolsar al asegurado los gastos por enfermedades o lesiones, o al pagar al proveedor de cuidado directamente.

**Servicio no cubierto:** servicio que no cubre la Alianza.

**Servicios comunitarios para adultos (CBAS, por siglas en inglés):** servicios para pacientes externos brindados en centros de cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para la familia y los cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que reúnan los requisitos.

**Servicios de parteras:** cuidado prenatal, intraparto y posparto, incluido el cuidado de planificación familiar para la madre y el cuidado inmediato para el recién nacido, proporcionado por parteras enfermeras certificadas (CNM) y parteras certificadas (LM).

**Servicios de planificación familiar:** servicios para prevenir o retrasar el embarazo.

**Servicios de Pruebas, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT):** los servicios de EPSDT son un beneficio para los miembros de Medi-Cal menores de 21 años para ayudarles a mantenerse saludables. Los miembros deben hacerse las revisiones de salud adecuadas para su edad y las pruebas apropiadas para detectar problemas de salud y tratar enfermedades de manera oportuna, así como cualquier tratamiento para cuidar o ayudar a aliviar las condiciones que se puedan encontrar en las revisiones.

**Servicios de salud mental de especialidad:** servicios para miembros con necesidades de salud mental que están en un nivel más alto de impedimento que de leve a moderado.

**Servicios de salud mental para pacientes externos:** servicios ambulatorios para miembros con condiciones de salud mental leves o moderadas, incluidos:

- Evaluación o tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas clínicamente indicadas para evaluar una condición de salud mental
- Servicios para pacientes externos con el propósito de supervisar la terapia con medicinas
- Consultas psiquiátricas
- Pruebas de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes externos

**Servicios de salud pública:** servicios de salud destinados a la población en general. Esto incluye, entre otras cosas, análisis de la situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios de prevención, control de enfermedades infecciosas, protección y saneamiento del medio ambiente, preparación y respuesta ante desastres, y salud ocupacional.

**Servicios de un médico:** servicios proporcionados por una persona autorizada de acuerdo con la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, sin incluir los servicios que ofrecen los doctores mientras usted esté hospitalizado, que se cobran en la factura de hospital.

**Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por el Programa de Medi-Cal de California.

**Servicios fuera del área:** servicios brindados cuando un miembro está en cualquier lugar fuera del área de servicio.

**Servicios posteriores a la estabilización:** servicios cubiertos relacionados con una condición médica de emergencia que se proporcionan después de que un miembro se estabiliza para mantener la condición estabilizada. Los servicios de cuidado posterior a la estabilización se cubren y se pagan. Los hospitales fuera de la red pueden requerir aprobación previa.

**Servicios sensibles:** servicios relacionados con la salud mental o conductual, con la salud sexual y reproductiva, con la planificación familiar, con infecciones de transmisión sexual (ITS), con el VIH/SIDA, con agresiones sexuales y abortos, con trastornos por abuso de sustancias, con la atención para la afirmación del género y con la violencia de pareja.

**Servicios y aparatos de terapia rehabilitativa y habilitativa:** servicios y dispositivos para ayudar a personas con lesiones, discapacidades o condiciones crónicas para ganar o recuperar habilidades mentales y físicas.

**Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios de cuidado de salud que le ayudan a conservar, aprender o mejorar las capacidades y el funcionamiento de la vida diaria.

**Sistema de Salud Organizado por el Condado (COHS, por sus siglas en inglés):** agencia local que creó la junta de supervisores de un condado para contratar con el programa Medi-Cal. Usted está inscrito automáticamente en un COHS si cumple las reglas de inscripción. Los beneficiarios inscritos eligen a su proveedor de cuidado de salud entre todos los proveedores del COHS.

**Tarifa por servicio (FFS) de Medi-Cal:** a veces su plan de Medi-Cal no cubre los servicios, pero puede obtenerlos a través de FFS de Medi-Cal, como muchos servicios de farmacia mediante Medi-Cal Rx de FFS.

**Trabajo de parto:** periodo en el que una mujer está en las tres etapas de dar a luz y no puede ser transferida de manera segura y a tiempo a otro hospital antes del parto o el traslado puede dañar la salud y la seguridad de la mujer o del niño en gestación.

**Transporte médico de emergencia:** transporte en una ambulancia o vehículo de emergencia a una sala de emergencia con el fin de recibir cuidado médico de emergencia.

**Transporte médico:** transporte que usted usa cuando no puede llegar a una cita médica cubierta o para recoger medicamentos en automóvil, autobús, tren o taxi y que su proveedor le prescribe. La Alianza paga el transporte de menor costo según sus necesidades médicas cuando necesita que lo lleven a su cita.

**Transporte no médico:** trasporte que se usa para ir y venir de una cita para un servicio cubierto de Medi-Cal autorizado por su proveedor o para recoger medicinas recetadas o suministros médicos.

**Tratamiento en investigación:** un medicamento, producto biológico o dispositivo de tratamiento que ha completado con éxito la primera fase de una investigación clínica aprobada por la FDA, pero que no ha sido aprobado para su uso general por la FDA y sigue en fase de investigación en una investigación clínica aprobada por la FDA.

**Tratamiento experimental**: medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de ser probados en humanos. Los servicios experimentales no son objeto de una investigación clínica.

**Triaje (o exámenes de detección):** evaluación que un doctor o enfermera capacitada para realizar exámenes de detección hace de su salud con el fin de determinar la urgencia de su necesidad de cuidado.