Cuadro de beneficios cubiertos

DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA	COMENTARIOS Y LIMITACIONES
SERVICIOS DE HOSPITAL	
• cuarto y servicios para pacientes internos • terapia física, ocupacional y del habla para pacientes internos • servicios de enfermería especializada o intermedia • sala de emergencia (servicios dentro y fuera del área de servicio del plan y con proveedores no participantes)	Para recibir cualquier servicio de hospital que no esté relacionado con alguna emergencia, es necesario tener una autorización previa.
SERVICIOS PROFESIONALES	
SERVICIOS MÉDICOS • consultas en la oficina del doctor • servicios médicos en el hospital • cirugía para pacientes externos • vacunas • exámenes físicos periódicos	Usted debe obtener los servicios de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Si su PCP no puede brindarle un servicio, le dará una referencia para otro proveedor. Algunos servicios requieren autorización previa.
CUIDADO DE MATERNIDAD Y DE RECIÉN NACIDOS • cuidado prenatal (consultas en la oficina del doctor) • cuidado de parto y posparto	Los miembros pueden recibir servicios por parte de cualquier ginecobstetra dentro del área de servicio que atienda pacientes con Medi-Cal y la Alianza.
OTROS SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD	
SERVICIOS DE AMBULANCIA	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios.
TRATAMIENTO DE SALUD DE LA CONDUCTA (BHT) PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	Estos servicios se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health, (855) 765-9700.

Cuadro de beneficios cubiertos

SANGRE Y PRODUCTOS HEMODERIVADOS (incluye la extracción y el almacenamiento de sangre autóloga)	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios.
Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.
CUIDADO DENTAL	Lo cubre el Programa Dental de Medi-Cal, (Denti-Cal), (800) 322-6384, no la Alianza.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO POR RAYOS X Y ANÁLISIS DE LABORATORIO	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.
SERVICIOS DE DIÁLISIS O HEMODIALISIS	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.
EQUIPO MÉDICO DURADERO (incluye aparatos correctores y prótesis originales y de repuesto)	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR servicios médicos, profesionales y de consejería; medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés)	Los miembros pueden recibir estos servicios por parte de cualquier proveedor que atienda a pacientes con Medi-Cal y la Alianza. Algunos artículos de venta libre que están aprobados por la FDA, como los condones, las espumas y los geles, están cubiertos si se tiene receta.
AUDÍFONOS examen de los oídos y audífonos	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Para conseguir audífonos es necesario tener autorización previa.
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.
HOSPICIO Y CUIDADO PALIATIVO (para enfermedades graves)	Estará cubierto si es médicamente necesario y si lo decide el miembro.

Cuadro de beneficios cubiertos

SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS Y PARA PACIENTES INTERNOS servicios de salud mental para pacientes internos y servicios para el tratamiento de condiciones de salud mental graves	Estos servicios están cubiertos por los Departamentos de Salud Mental del Condado, no por la Alianza. Condado de Santa Cruz: (800) 952-2335 Condado de Monterey: (888) 258-6029 Condado de Merced: (888) 334-0163
SERVICIOS DE LABORATORIO	Servicios de laboratorio para pacientes internos y externos.
SERVICIOS DE SALUD ALIADOS LIMITADOS	Los miembros pueden referirse a sí mismos para recibir un máximo de dos de estos servicios en un mes calendario. • Acupuntura o quiropráctica. • Audiología, terapia ocupacional y del habla: requieren autorización de la Alianza para el tratamiento de seguimiento. Es posible que se aprueben consultas adicionales de acupuntura para el manejo del dolor con una autorización previa.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL **Servicios de salud mental para pacientes externos** servicios para el tratamiento de condiciones de salud mental leves o moderadas	Estos servicios se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health, (855) 765-9700.

Cuadro de beneficios cubiertos

TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)	Los miembros pueden utilizar este beneficio cuando: • sea necesario desde el punto de vista médico; • no puedan utilizar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita médica; • lo solicite un proveedor de la Alianza; y • la Alianza lo apruebe con anticipación. Los miembros que consideren que cumplen los requisitos anteriores deben llamar al (800) 700-3874 ext. 5577.
TRANSPORTE NO MÉDICO (NMT)	Los miembros pueden usar este beneficio para ir y venir de una cita o un servicio cubierto por Medi-Cal.Para solicitar servicios de transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés), llame al (800) 700-3874 al menos siete (7) días hábiles antes de su cita.
PODOLOGÍA	Los miembros pueden acceder a los servicios de podología con un podólogo de la red. No se necesita referencia para la consulta inicial (1 consulta). Se pueden aprobar consultas adicionales con autorización previa del proveedor tratante.
MEDICINAS RECETADAS	La mayoría de los medicamentos recetados los cubre Medi-Cal Rx y no la Alianza. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted, utilice el localizador de farmacias de Medi-Cal Rx en línea en http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov. También puede llamar al servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY: Marque 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FÓRMULAS Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.

Cuadro de beneficios cubiertos

TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FÍSICA, OCUPACIONAL Y DEL HABLA) Y DE HABILITACIÓN	Para los miembros mayores de 21 años: la consulta de evaluación inicial para la terapia física requiere una referencia del PCP o del especialista que esté tratando al miembro. La referencia cubrirá hasta 12 consultas. No se necesita una autorización previa para el tratamiento inicial. La continuación de los servicios de terapia física (PT, por sus siglas en inglés) después de la evaluación inicial y el tratamiento requerirán autorización previa de la Alianza. Para miembros de 0-20 años de edad: se requiere referencia y autorización previa. Los niños pueden obtener la cobertura de estos servicios por medio de su distrito escolar.
SERVICIOS DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADOS	Estarán cubiertos como médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.
SERVICIOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE DROGAS	Están cubiertos en cada condado por Medi-Cal de tarifa por servicio, no por la Alianza.
CUIDADO DE URGENCIA	Lo debe proporcionar o tramitar su PCP, o llame a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al (844) 971-8907.
SERVICIOS DE VISIÓN	Todos los miembros pueden obtener un examen de la vista de rutina y anteojos cada 2 años. Los servicios de la vista se brindan a través de Vision Service Plan (VSP, por sus siglas en inglés) al (800) 877-7195. Los miembros deben recibir estos servicios de un proveedor contratado de VSP.