2024 - 2025

Manual para Miembros

EVIDENCIA DE COBERTURA

Alliance Care
IHSS Health Plan

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

www.thealliance.health

Alliance Care
Plan de Salud para los IHSS

Manual para miembros
Prueba de Cobertura
y Formulario de Divulgación Combinados

Central California Alliance for Health

800-700-3874 Línea gratuita
800-855-3000 Línea TTY

www.thealliance.health

Año de beneficio del 1.º de julio del 2024 al 30 de junio del 2025

Rev. 04/2023

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃ ទេ ើយ។

简体中文标语 (Simplified 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: 1-800-735-2929)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)。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: 1-800-735-2929) 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: 1-800-735-2929) 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: 1-800-735-2929) 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: 1-800-735-2929) 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929)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: 1-800-735-2929)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: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:!หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ!กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) นอกจากนี้!ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง!ๆ!สาหรับบุคคลที่มีความพิการ!เช่น!เอกสารต่าง!ๆ!
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่!กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสาหรับบริการเหล่านี้!

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). 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: 1-800-735-2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Central California Alliance for Health (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 proporciona:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como:

  - ✓ 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:

  - ✓ intérpretes calificados
  - ✓ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Alianza de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m., llamando al **800-700-3874**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **800-855-3000** (**TTY:** Marque 711)**.** Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central California Alliance for Health
1600 Green Hills Rd, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066
800-700-3874
800-855-3000 (**TTY:** Marque 711)

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 con el coordinador de Derechos Civiles de la Alianza, también conocido como especialista superior de quejas. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Comuníquese con el especialista superior de quejas de la Alianza de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5:30 p.m., llamando al **800-700-3874**. O, si no puede oír o hablar bien, llame al **800-855-3000** (**TTY**: Marque 711).

- 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 Road, Suite 101
  Scotts Valley, CA 95066

- En persona: Visite la oficina de su doctor o 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 SALUD 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 hablar o escuchar bien, llame al número **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- 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 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- Electrónicamente: Visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

Divulgación

Esta Prueba de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados constituye solo un resumen de las políticas y la cobertura del plan de salud bajo el Plan de Alliance Care para los Servicios de Ayuda a Domicilio (IHSS, por sus siglas en inglés). El plan de salud cumple todos los requisitos de la Ley del Plan de Servicios de Cuidado de Salud Knox-Keene de 1975, en su forma enmendada (Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1340, y subsiguientes), y los reglamentos de la Ley (Código de Reglamentos de California, Título 28). Cualquier disposición que deba ser un beneficio del programa, ya sea en virtud de la Ley o de los reglamentos de la Ley, será vinculante para el plan de salud, incluso si no está incluida en el manual de la Prueba de Cobertura o el contrato del plan de salud.

Elegibilidad e inscripción

Se puede obtener la información sobre la elegibilidad, la inscripción, la cancelación de la inscripción, la fecha de inicio de la cobertura, las transferencias a otro plan de salud, la renovación anual y los pagos de las primas comunicándose con la Autoridad Pública del Condado de Monterey al **831-755-4466.**

Acceso oportuno a servicios de cuidado de salud que no sean de emergencia

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC, por sus siglas en inglés) adoptó reglamentos (Título 28, Sección 1300.67.2.2) para que los planes de salud brinden a los miembros acceso oportuno a los servicios de cuidado de salud que no sean de emergencia. Los planes de servicios de cuidado de salud deben cumplir estos reglamentos.

Comuníquese con su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de la Alianza para acceder a los servicios de determinación de prioridad para cuidado o pruebas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al **844-971-8907,** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin costo para usted. Línea de Asistencia de Audición o del Habla es **TTY: 800-855-3000.**

Contenido

Presentación **1**

Cómo usar este manual 1
Acerca de su plan de salud 1
Comunicación confidencial de información médica 1
Servicios en diferentes idiomas 2
Tarjeta de identificación de miembro 2
Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza 3

Definiciones **3**

Derechos y responsabilidades del miembro **12**

Cómo acceder al cuidado **14**

Acceso para las personas con discapacidad física 14
Acceso para personas con discapacidad auditiva 14
Acceso para personas con discapacidad visual 14
La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 14
Quejas relacionadas con el acceso para personas con discapacidad 14

Servicios para miembros con discapacidades **15**

Cómo usar su plan de salud **15**

Ubicación de centros y proveedores 15
Cómo elegir un proveedor de cuidado primario 15
Cómo programar citas 16
Acceso oportuno al cuidado 16
Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario 17
Cuidado continuo para nuevos miembros 18
Cuidado continuo para proveedores que dejarán el plan 19
Autorización previa para los servicios 20
Referencias a médicos especialistas 22
Cómo obtener una segunda opinión 24
Cómo obtener los beneficios de farmacia 24
Cómo obtener cuidado de urgencia 28
Cómo obtener atención de emergencia 29
Servicios no cubiertos 31
Deducibles 31
Copagos 31
Responsabilidades de los miembros 31

Servicios para mantenerlo saludable **33**

Lineamientos para la realización de pruebas de salud en adultos 33

Elegibilidad e inscripción **40**

Inscripción y fecha de entrada en vigor de la cobertura 40
Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura 40
Inscripción abierta 40
Contribuciones de primas 40

Matriz de beneficios cubiertos por Alliance Care para los IHSS 41

Descripción de los beneficios..... 46

Acupuntura..... 46
Cuidado del asma..... 47
Retro-alimentación biológica..... 47
Sangre y productos hemoderivados..... 47
Lactancia materna: Suministros y educación..... 47
Anteojos y lentes para cataratas..... 48
Servicios quiroprácticos..... 48
Pruebas clínicas para cáncer..... 48
Cuidado de la diabetes..... 50
Procedimiento de diagnóstico por rayos X y servicios de laboratorio..... 50
Servicios de doulas..... 51
Equipo médico duradero..... 51
Servicios de cuidado de salud de emergencia..... 52
Servicios de planificación familiar..... 52
Educación de salud..... 53
Servicios de cuidado de salud en el hogar..... 54
Servicios de hospital: Pacientes internos..... 55
Servicios de hospital: Pacientes externos..... 55
Hospicio..... 56
Cuidado de maternidad..... 57
Servicios de transporte médico..... 57
Servicios de cuidado de salud mental: Pacientes internos..... 58
Servicios de cuidado de salud mental: Pacientes externos..... 59
Nutrición y peso..... 60
Trasplante de órganos..... 60
Aparatos correctores y prótesis..... 61
Fenilcetonuria (PKU)..... 62
Programa de medicinas recetadas..... 62
Servicio de salud preventivo..... 64
Servicios profesionales..... 65
Cirugía reconstructiva..... 66
Terapia de rehabilitación (física, del habla y ocupacional)..... 67
Cuidado de enfermería especializada..... 67
Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas..... 68
Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas: Paciente interno..... 68
Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas: Paciente externo..... 68
Beneficios máximos anuales o de por vida..... 69

Beneficios excluidos..... 69

El proceso de quejas..... 71

Cómo presentar una queja..... 71
Revisión de excepción externa..... 73
Revisiones médicas independientes..... 73
Revisión médica independiente por el rechazo de terapias de investigación o experimentales 74
Declaración del Departamento de Atención Médica Administrada de California..... 74

Terminación y cancelación..... 75

Periodo de cobertura y disposiciones de renovación 75
Prepago de tarifas 75
Efecto de la cancelación 75
Cancelación de todo el acuerdo 75
Cancelación de miembros individuales 76
Cancelación de la membresía por buena causa 76
Derecho del miembro a revisar ciertas cancelaciones 76
Extensión de beneficios posterior a la finalización 77
Continuación de cobertura de salud grupal 77

Información general 78

Aplicabilidad de la coordinación de beneficios (COB) 78
Proceso de recuperación de terceros y responsabilidades del miembro 79
No duplicación de beneficios con la compensación laboral 79
Limitaciones de otra cobertura 80
Contratistas independientes 80
Pago al proveedor 80
Disposiciones de reembolso si recibe un cobro 80
Participación pública 81
Notificaciones sobre los cambios al plan 81
Prácticas de privacidad 82
Protección de la información médica de cuidado de salud con afirmación de género 82
Donación de órganos y tejidos 82
Aviso de prácticas de privacidad 82

Presentación

Cómo usar este manual

Este manual, llamado Prueba de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados, o EOC (por sus siglas en inglés), contiene información detallada sobre los beneficios del Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS, cómo obtener beneficios y los derechos y responsabilidades de los miembros del Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. Lea este manual detenidamente y téngalo a la mano para futuras consultas. Si tiene necesidades especiales de salud, lea cuidadosamente todas las secciones que correspondan a su caso.

En este manual, los términos “usted”, “su” y “miembro” se refieren a la persona inscrita en el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. “Nosotros”, “nos” y “nuestro” se refieren a Central California Alliance for Health (la Alianza). “Proveedor”, “proveedor del plan” o “proveedor contratado” se refieren a un médico, hospital, grupo médico, farmacia u otro proveedor de cuidado de salud con licencia que es responsable de proporcionarle los servicios médicos.

Acerca de su plan de salud

Bienvenido a Central California Alliance for Health. Somos su Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. Usted es importante para nosotros. Queremos que esté conforme con nuestro personal, sus doctores y demás proveedores de cuidado de salud que lo atiendan como miembro de la Alianza. Queremos ayudarle a sentirse cómodo al hablar con ellos sobre sus necesidades de cuidado de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre este manual, sus beneficios o cómo obtener cuidados, llámenos al **800-700-3874**, o use la línea TTY para personas con discapacidad auditiva al **800-855-3000**. Nuestra labor es ayudarle a comprender su plan de salud y cómo usarlo. Nuestros representantes hablan inglés y español. Tenemos una línea telefónica de idiomas para los miembros que hablan otros idiomas. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios a los Miembros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. También puede visitar nuestro sitio web, **www.thealliance.health.**

El área de servicio que cubrimos para el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS son los condados de Monterey y Santa Cruz

Comunicación confidencial de información médica

En cumplimiento con la Ley de Confidencialidad de la Información Médica, la Alianza toma las medidas necesarias para atender todas las peticiones de comunicación confidencial de información médica, independientemente de si se trata de servicios sensibles o situaciones en las que la revelación podría representar un peligro para usted. Esto incluye comunicaciones que revelen el nombre y la dirección de un proveedor en relación con la recepción de un servicio médico. Una petición de comunicación confidencial (CCR, por sus siglas en inglés) le permite recibir comunicaciones del plan de salud que contienen información médica, en una dirección postal o de correo electrónico o número de teléfono específicos. Si desea recibir comunicaciones confidenciales, puede presentar una CCR comunicándose con

Servicios para Miembros al **800-700-3874** (TTY: 800-855-3000 o 711) o visitando nuestro sitio web en www.thealliance.health. Las CCR se implementan en un plazo de 7 días naturales a partir de la recepción de una petición electrónica, o de 14 días naturales si se recibe por correo. Las CCR son válidas hasta que la Alianza reciba una petición de revocación de su parte.

Servicios en diferentes idiomas

Si usted o su representante prefiere hablar en otro idioma que no sea inglés, llámenos al **800-700-3874** para hablar con un representante de Servicios a los Miembros de la Alianza. Nuestro personal de Servicios a los Miembros puede ayudarle a encontrar un proveedor de cuidado de salud que hable su idioma o que tenga un intérprete disponible. No tiene que usar a un familiar o a un amigo como intérprete. Si no puede encontrar un proveedor de cuidado de salud que satisfaga sus necesidades de idioma, podemos coordinar los servicios de interpretación a través de una línea telefónica de idiomas a la que su doctor puede llamar. Contamos con servicios de interpretación por teléfono que pueden brindarse de inmediato, sin necesidad de avisar con anticipación.

Si, debido a circunstancias especiales, es necesario que el intérprete esté presente físicamente en la cita médica, usted o su doctor pueden llamarnos para pedir la autorización correspondiente. Si aprobamos la solicitud, un intérprete estará con usted en la oficina del doctor para la cita. Los servicios de interpretación en persona y del lenguaje de señas americano (ASL, por sus siglas en inglés) deben programarse con anticipación. Las solicitudes de intérpretes de ASL deben hacerse entre 5 y 7 días hábiles antes de su cita. Todas las demás solicitudes de servicios de interpretación en persona deben hacerse entre 7 y 10 días hábiles antes de su cita. Llámenos o pídale a su doctor que nos llame al **800-700-3874 ext. 5580.** Los servicios de interpretación no tienen cargo para usted.

Este manual de Constancia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), así como otros materiales informativos, se tradujeron al español. Para solicitar los materiales traducidos en cualquier otro idioma que no sea inglés o español, llame a Servicios para Miembros de la Alianza al **(800) 700-3874.**

Tarjeta de identificación de miembro

Todos los miembros del plan reciben una tarjeta de identificación de miembro. Esta tarjeta contiene información importante sobre sus beneficios médicos. Contiene el nombre, la dirección y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario (PCP). Si no lo recibió o si extravió su tarjeta de identificación de miembro, llámenos al **800-700-3874** y le enviaremos una nueva tarjeta. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de la Alianza cuando reciba cuidado de salud o al recoger recetas médicas en la farmacia.

Solo el miembro del plan está autorizado para obtener servicios médicos utilizando la tarjeta de identificación de miembro. Si una tarjeta es utilizada por o para una persona que no sea el miembro, se le cobrará a esa persona por los servicios que reciba. Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro, es posible que la Alianza no le permita seguir en el plan.

Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza

La Línea de Consejos de Enfermeras (NAL, por sus siglas en inglés) es un servicio que está a disposición de todos los miembros de la Alianza. Usted puede llamar a la NAL si tiene preguntas sobre su salud. Una enfermera registrada le ayudará a decidir qué hacer a continuación. El servicio no tiene costo para usted y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llame a la Línea de Consejos de Enfermeras si:

- Está enfermo y no puede comunicarse o hacer una cita con su doctor (por ejemplo, si tiene fiebre o sarpullido, vómito, etc.).
- No está seguro de si debería ir a la sala de emergencia.
- Tiene preguntas sobre su salud.
- Es menor de 18 años y quiere hablar en privado acerca de sus inquietudes de salud.

Puede llamar de manera gratuita a la Línea de Consejos de Enfermeras al **844-971-8907.** El número de teléfono también está en su tarjeta de identificación de la Alianza. La Línea de Asistencia de Audición o del Habla es **TTY: 800-855-3000**.

Definiciones

Aborto
Cualquier tratamiento médico destinado a inducir el término de un embarazo, excepto aquellos con el propósito de producir un parto vivo.

Año de beneficio
El periodo del 1.º de julio al 30 de junio de cada año.

Aparato ortopédico
Un soporte o aparato diseñado para dar apoyo a una articulación o a un músculo débil o inutilizados, o para mejorar la función de partes del cuerpo que pueden moverse.

Área de servicio
La Alianza tiene licencia para proporcionar los beneficios de Alliance Care para los IHSS a los trabajadores de IHSS que residen o trabajan en el condado de Monterey. Los miembros pueden consultar a los proveedores contratados en los condados de Monterey y Santa Cruz.

Autorización
El proceso a través del cual un proveedor solicita la aprobación previa por escrito del plan para brindar a los miembros del plan ciertos servicios que no son de emergencia, y para los cuales el miembro no se refirió a sí mismo, con el fin de que los servicios sean cubiertos por el plan.

Beneficios (servicios cubiertos)
Aquellos servicios, suministros y medicinas que un miembro tiene derecho a recibir en virtud de los términos de este acuerdo. Con excepción de los servicios de emergencia,

un servicio no es un beneficio si no es médicamente necesario o que usted lo reciba por parte de un proveedor contratado de forma autorizada según se requiera. Esto se aplica incluso si el servicio se describe como un servicio o beneficio cubierto en este folleto.

Centro de enfermería especializado
Es un centro autorizado por el Departamento de Servicios de Salud del estado de California como “centro de enfermería especializado” para proporcionar un nivel de cuidados de enfermería para pacientes internos que no es tan intenso como el que se brinda en un hospital.

Circunstancias extremas
Existen circunstancias extremas cuando un miembro sufre una condición de salud que puede comprometer gravemente la vida, la salud o la capacidad para recuperar la máxima función del miembro, o cuando un miembro se está sometiendo a un tratamiento actual con una medicina que no está en el formulario.

Condición aguda
Una condición médica que involucra la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que dura un tiempo relativamente corto.

Condición crónica grave
Una condición médica debido a una enfermedad, afección u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin una cura completa o empeora durante un periodo prolongado o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.

Copago
Una cantidad fija en dólares que un miembro paga por un beneficio de cuidado de salud cubierto después de que el afiliado haya pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de cuidado de salud, por ejemplo, el beneficio de medicinas recetadas.

Coseguro
Un porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de salud cubierto que un afiliado paga después de que el afiliado haya pagado el deducible, si un deducible se aplica al beneficio de cuidado de salud, como, por ejemplo, el beneficio de medicinas recetadas.

Cuidado de emergencia
El cuidado de emergencia es para emergencias médicas que constituyan una amenaza para la vida. Una emergencia es una condición con dolor agudo o una lesión grave. Las emergencias médicas son tan graves que, si no se atienden de inmediato, pueden ocasionar:

- un riesgo grave para la salud del miembro
- un daño grave a las funciones corporales del miembro
- una disfunción grave en algún órgano o parte del cuerpo del miembro

Cuidado de urgencia
Servicios necesarios para evitar el deterioro grave de la salud de un miembro como resultado de una enfermedad o lesión imprevista para la cual no se puede retrasar el tratamiento.

Determinación de prioridad para cuidado o pruebas
La evaluación de las inquietudes de salud de un miembro a través de la comunicación con un doctor, una enfermera registrada u otro profesional de la salud calificado que ejerce su profesión dentro de su ámbito de práctica y que esté capacitado para evaluar o determinar la prioridad respecto al cuidado de un miembro, con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de cuidado del miembro.

Directorio de proveedores
El directorio de proveedores contratados dentro del área de servicio y proveedores locales fuera del área de servicio que están disponibles para proporcionar servicios a los miembros del plan.

Discapacidad total
Cuando no puede obtener y mantener un empleo importante debido a una discapacidad física o mental y un médico contratado por el plan de salud concluye que su condición es a largo plazo o terminal.

Emergencia psiquiátrica
Un trastorno mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente se convierta en un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o para que se vuelva inmediatamente incapaz de proporcionar o usar alimentos, vivienda o vestimenta a causa del trastorno mental.

Enfermedad terminal
Es una condición incurable o irreversible que tiene altas posibilidades de provocar la muerte en un (1) año o menos.

Exclusión
Cualquier tratamiento médico, quirúrgico, de hospital o de otro tipo para el cual el plan no ofrece cobertura.

Fertilización in vitro (IVF, por sus siglas en inglés)
Procedimientos médicos de laboratorio que involucran el proceso de fertilización in vitro.

Formulario
Una lista completa de las medicinas recetadas de uso preferido y elegibles para la cobertura de un producto del plan de salud, e incluye todas las medicinas cubiertas bajo el beneficio de medicinas recetadas para pacientes externos del producto del plan de salud. El formulario también se conoce como una lista de medicinas recetadas.

Grupo
Grupo se refiere a la Autoridad Pública de Servicios de Apoyo en el Hogar del Condado de Monterey.

Hospital
Es un centro de cuidado de salud autorizado por el estado de California y que cuenta con la certificación de The Joint Commission de Certificación de las Organizaciones del Cuidado de Salud como: (a) un hospital de cuidados intensivos, (b) un hospital psiquiátrico o (c) un hospital dedicado principalmente al tratamiento del alcoholismo y del abuso de drogas. No se incluyen los centros que sean principalmente un hogar de reposo, un hogar para personas de la tercera edad, o un hogar para ancianos, o un centro de enfermería especializado distinto del hospital.

Infertilidad iatrogénica
Infertilidad causada directa o indirectamente por una cirugía, un tratamiento de quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico.

Médicamente necesario
Aquellos productos o servicios de cuidado de salud, cuidado de salud mental y trastornos por uso de drogas que (a) se proporcionan de acuerdo con estándares de práctica profesionalmente reconocidos; (b) el proveedor tratante determina que son adecuados de acuerdo con la condición médica, la enfermedad mental o los trastornos relacionados con el uso de drogas; y (c) se proporcionan del tipo, suministro y nivel de servicio más apropiados que consideran los riesgos potenciales, beneficios y alternativas.
Los tratamientos médicamente necesarios de desórdenes de salud mental o por consumo de drogas (MH/SUD, por sus siglas en inglés) se enumeran en el capítulo sobre desórdenes mentales y de la conducta de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (“CIE”) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés).

Medicina de marca
Una medicina que se comercializa bajo un nombre patentado y protegido por una marca registrada. La medicina de marca se incluirá con todas sus letras en MAYÚSCULA en el formulario.

Medicina genérica
Es la misma medicina que su medicina de marca equivalente en dosis, seguridad, concentración, vía de administración, calidad, rendimiento y uso previsto. Las medicinas genéricas aparecen en el formulario en letras ***negritas y cursivas en minúsculas***.

Medicinas que no aparecen en el formulario
Una medicina que no aparece en el formulario del plan y requiere una autorización del plan para tener cobertura.

Médico del plan
Un doctor en medicina u osteopatía que presta un servicio cubierto bajo esta EOC, con licencia en el estado o jurisdicción en que ejerce, y que ejerce su práctica dentro del alcance de su licencia, y que ha firmado un acuerdo por escrito con el plan para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de conformidad con los términos de este acuerdo.

Médico especialista
Un médico del plan que brinda servicios a un miembro, generalmente por referencia de un proveedor de cuidado primario, dentro del alcance de su área de práctica de especialidad designada y que está certificado por la junta de especialidad o es elegible por la junta de especialidad en dicha especialidad. Algunos servicios especializados no requieren una referencia, como los servicios obstétricos.

Miembro
Una persona que se inscribe en Central California Alliance for Health para recibir cuidado de salud. En este manual, también se hace referencia al miembro como “usted”.

Nivel de la medicina
Un grupo de medicinas recetadas que corresponde a un nivel de costo compartido especificado en la cobertura de medicinas recetadas del plan de salud. El nivel en el que se ubica una medicina recetada determina la parte del costo de la medicina que el miembro paga.

Paciente externo
Servicios bajo la dirección de un médico que no representan cargos por pasar la noche en el centro donde se prestan los servicios.

Paciente interno
Una persona ingresada en un hospital como paciente registrado en cama que recibe servicios cubiertos bajo la dirección de un médico.

Petición de autorización
Un formulario de la Alianza completado y presentado por un proveedor para solicitar la revisión y aprobación de un servicio, procedimiento o medicina antes de que se brinden los servicios o el tratamiento. También se requiere una petición de autorización cuando el PCP de un miembro solicita una revisión y aprobación para referir a un miembro a un proveedor no contratado o a un proveedor fuera del área de servicio.

Plan
Central California Alliance for Health.

Profesional de salud debidamente calificado
Un proveedor de cuidado primario o especialista que ejerce su profesión dentro de su ámbito de práctica y que posee antecedentes clínicos, que incluyen formación y experiencia, relacionados con una enfermedad, patología, condición o condiciones en particular.

Prótesis
Aparato artificial que sirve para reemplazar una parte del cuerpo.

Proveedor
Es un médico, hospital, centro de enfermería especializado u otro profesional de la salud con licencia, centro certificado o agencia de salud en el hogar con licencia.

Proveedor de cuidado primario (PCP)
Un pediatra, médico general, médico familiar, internista o, a veces, un obstetra o ginecólogo, que tiene un contrato con el plan o es empleado de una clínica contratada por el plan para brindar cuidado primario a los miembros y para referir, autorizar, supervisar y coordinar la prestación de beneficios a los miembros de acuerdo con el manual de Prueba de Cobertura. Las enfermeras practicantes y los asistentes médicos asociados con un proveedor de cuidado primario contratado también están disponibles para los miembros que buscan cuidado primario.

Proveedor del plan o proveedor contratado
Un médico, hospital, centro de enfermería especializado u otro profesional de salud con licencia, centro certificado o agencia de salud en el hogar certificada que, al momento de brindar cuidados a un miembro, tiene un acuerdo por escrito con el plan para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros.

Proveedor dentro del área de servicio
Es un proveedor que brinda servicios en un establecimiento que se encuentra dentro del área de servicio del plan del condado de Monterey y el condado cercano de Santa Cruz.

Proveedor de salud mental participante
Un médico, hospital, profesional con licencia o proveedor de servicios de autismo calificado, profesional o auxiliar que, en el momento en que brinda el cuidado a un miembro, tiene un acuerdo por escrito vigente con el plan o con su subcontratista, para proporcionar servicios cubiertos de cuidado de salud mental a sus miembros.

Proveedor fuera del área de servicio
Es un proveedor que brinda servicios en un establecimiento que se encuentra fuera del área de servicio del plan y que el plan no lo ha nombrado proveedor local fuera del área de servicio.

Proveedor local fuera del área de servicio
Es un proveedor contratado que brinda servicios en un condado cercano al área de servicio y que ofrece cuidado de salud que no se obtiene fácilmente en el área de servicio del plan.

Proveedor no contratado
Un proveedor de cuidado de salud que no tiene contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros del plan.

Proveedor que receta
Un proveedor de cuidado de salud autorizado para emitir recetas para tratar una condición médica de un afiliado al plan de salud.

Prueba de Cobertura y Formulario de Divulgación (EOC)
Este manual es la Prueba de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados que describe su cobertura y beneficios.

Queja
A las quejas también se les llama quejas formales o apelaciones. Algunas situaciones que pueden provocar una queja son:

- que usted no reciba un servicio, tratamiento o medicina que necesite
- que el plan se niegue a brindar un servicio que no considere médicamente necesario
- que usted deba esperar demasiado para obtener una cita
- que reciba cuidado deficiente o lo traten de forma descortés
- que su plan no le reembolse el cuidado de emergencia o urgencia que tuvo que pagar
- que reciba un cobro que cree que no debería tener que pagar
- que considere que el plan no respetó su privacidad
- que considere que fue discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo
- que considere que el plan no atendió sus necesidades de idioma o accesibilidad

Receta médica
Es un pedido hecho de manera verbal, escrita o electrónica por parte de un proveedor con la facultad de recetar para un afiliado específico; en ella se incluye el nombre de la medicina recetada, la cantidad de medicina recetada, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que receta, la firma del proveedor que receta, si la receta es por escrito, y si el afiliado lo solicita, la condición médica o el propósito para el cual se receta la medicina.

Referencia autorizada
La solicitud, una vez aprobada por el plan, de la referencia de un miembro de la Alianza elegible a un proveedor fuera del área de servicio o a un proveedor no contratado.

Salud mental materna
Una condición de salud mental que afecta a la mujer durante el embarazo, el periodo periparto o el posparto, o que se presenta durante el embarazo, el periodo periparto o el posparto.

Servicio experimental o de investigación
Cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicina o consumo de alguna medicina, instalaciones o uso de instalaciones, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivo, o suministros que no están reconocidos de acuerdo con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados, o cuya seguridad y eficacia no se ha determinado para su uso en el tratamiento de una enfermedad, lesión o condición médica particular para la cual se recomienda o se prescribe.

Servicios de cuidado de salud mental
Psicoanálisis, psicoterapia, consejería, gestión médica u otros servicios proporcionados comúnmente por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia o terapeuta matrimonial y familiar para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o emocionales, o problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra condición.

Servicios fuera del área
Cuidado de emergencia o cuidado de urgencia que se proporciona fuera del área de servicio del plan que no puede demorarse hasta que el miembro regrese al área de servicio.

Sin receta médica
Una medicina o producto disponible para la venta al por menor, pero que el plan puede considerar para el pago con una receta válida.

Solicitud de excepción
Una solicitud de cobertura de una medicina recetada. Si un miembro, su designado o el proveedor de cuidado de salud que receta la medicina presenta una solicitud de excepción para la cobertura de una medicina recetada, el plan de salud debe cubrir la medicina recetada cuando se determina que la medicina es médicamente necesaria para tratar la condición del afiliado.

Tarjeta de identificación de miembro
La tarjeta de identificación que el plan proporciona a los miembros. Incluye el número de identificación de miembro, la información del proveedor de cuidado primario y los números de teléfono importantes. En esta EOC, también se le llama “tarjeta de identificación de la Alianza”.

Terapia escalonada
Un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicinas recetadas para una condición médica determinada y que son médicamente apropiadas para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe una o más medicinas para tratar su condición médica antes de que el plan de salud cubra una medicina en particular para la condición de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor que receta al afiliado presenta una solicitud de excepción de terapia escalonada, los planes de salud harán excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

Tiempo de espera para la prueba o la determinación de prioridad respecto al cuidado
El tiempo de espera para hablar por teléfono con un doctor, una enfermera registrada u otro profesional calificado que ejerce su profesión dentro de su ámbito de práctica y que esté capacitado para evaluar o determinar la prioridad respecto al cuidado de un miembro que podría necesitar cuidado.

Trabajo de parto activo
Cuando no hay tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la miembro a otro hospital antes del parto o cuando el traslado de la miembro puede representar un peligro para la salud y la seguridad de la madre o del niño en gestación.

Tratamiento de salud de la conducta (BHT, por sus siglas en inglés)
Servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis de conducta aplicado y de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o recuperan, en la medida de lo posible, el funcionamiento de una persona que sufre un trastorno generalizado del desarrollo o autismo, y que cumplen todos los requisitos que se mencionan a continuación:

- El tratamiento lo receta un médico autorizado, un cirujano o lo desarrolla un psicólogo con licencia.
- El tratamiento se proporciona conforme a un plan de tratamiento que haya indicado un proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo y lo administra una de las siguientes personas:
    - Un proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo.
    - Un profesional participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo, supervisado o empleado por el proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo.
    - Un auxiliar de profesional participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo, supervisado o empleado por el proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo.

- El plan de tratamiento tiene objetivos que se pueden medir sobre una línea de tiempo específica desarrollada y aprobada por el profesional participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo para el miembro especifico que recibe el tratamiento. El proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo revisará el plan de tratamiento al menos una vez cada seis meses y lo modificará cuando sea apropiado, y se apegará a la Sección 4686.2 del Código de Bienestar e Instituciones de California, según la cual el proveedor participante calificado para proporcionar servicios para tratar el autismo lleva a cabo las siguientes acciones:
    - Describe los problemas de salud de la conducta del miembro que se tratarán.
    - Diseña un plan de intervención que incluye el tipo de servicio, el número de horas y la participación necesaria de los padres para alcanzar la meta y los objetivos del plan, así como la frecuencia con la cual se evalúa y se reporta el progreso del miembro.
    - Proporciona planes de intervención que usan prácticas basadas en la evidencia, de eficacia clínica comprobada para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo o del autismo.
    - Suspende los servicios de intervención conductual intensivos cuando las metas y los objetivos del plan se alcanzan o ya no son adecuados.
    - El plan de tratamiento no se usa con el propósito de proporcionar o reembolsar servicios paliativos, de cuidados diurnos o educativos, y no se usa para darle un reembolso a un padre por participar en el programa de tratamiento. El plan de tratamiento estará disponible para la Alianza si se solicita.

Trastornos emocionales graves de un niño

Un niño o adolescente menor de 18 años que tiene uno o más trastornos mentales conforme a lo que define la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que no sean un trastorno primario relacionado con el abuso de drogas o un trastorno del desarrollo, que provoquen un comportamiento inapropiado para la edad del niño conforme a las normas del desarrollo esperadas.

Derechos y responsabilidades del miembro

Estos son sus derechos como miembro de la Alianza:

- Ser tratado con respeto y dignidad, con la debida consideración de su derecho a la privacidad y a la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Que se le proporcione información sobre el plan de salud y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los profesionales, y los derechos y las responsabilidades del miembro.
- Obtener información escrita para los miembros completamente traducida en su idioma preferido, incluidos todos los avisos de quejas y apelaciones.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades del miembro de la Alianza.
- Poder elegir un proveedor de cuidado primario dentro de la red de la Alianza.
- Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Participar en la toma de decisiones sobre su propio cuidado de la salud con los proveedores, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento.
- Expresar sus quejas, verbalmente o por escrito, sobre la organización o el cuidado que recibió.
- Conocer el motivo médico de la decisión de la Alianza de denegar, retrasar, cancelar o cambiar una solicitud de cuidado médico.
- Recibir coordinación del cuidado.
- Solicitar una apelación de las decisiones de rechazar, diferir o limitar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación y traducción a su idioma sin costo.
- Recibir asesoría jurídica gratuita en su oficina de ayuda legal local o en otros grupos.
- Elaborar instrucciones anticipadas.
- Presentar una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) si se niega, demora o modifica un servicio o beneficio.
- Recibir sin costo información escrita para los miembros en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) previa petición, 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.
- Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento como medio de coerción, castigo, conveniencia o represalia.
- Hablar con sinceridad de información 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.
- Tener acceso a sus archivos médicos y obtener una copia de ellos, incluidos los archivos de telesalud, 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.
- Tener una relación confidencial con su proveedor.
- Que se mantenga la confidencialidad de sus archivos. Esto significa que no compartiremos su información de cuidado de salud sin su aprobación por escrito o a menos que lo permita la ley.
- Recibir materiales para los miembros en español, u otros idiomas, si su idioma principal no es el inglés. Para obtener ayuda sobre la información en otro idioma, llame a Servicios para Miembros.
- Obtener ayuda para comprender los documentos escritos que le enviemos.
- Obtener servicios de proveedores fuera de nuestra red en caso de emergencia.
- Solicitar una revisión de excepción externa si rechazamos una petición de una medicina o si rechazamos una petición de excepción de nuestro proceso de terapia escalonada.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin que ello afecte negativamente la forma en que lo tratan la Alianza, sus proveedores o el estado.

Los miembros de la Alianza tienen las siguientes responsabilidades:
- Conocer y respetar las reglas de la Alianza.
- Leer atentamente toda la información que le enviamos después de inscribirse. Esto le ayudará a comprender cómo usar los beneficios de su plan de salud. Si tiene problemas para leer o comprender algún material que le enviemos, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **800-700-3874** y con gusto lo revisaremos con usted.
- Informe a su doctor acerca de sus condiciones de salud, tanto las actuales como las pasadas.
- Dar información correcta a sus proveedores y al Plan.
- Seguir los planes y obtener las instrucciones de cuidado que acordaron con los profesionales.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento que se acordaron mutuamente, en la medida de lo posible.
- Llevar consigo su tarjeta de identificación de la Alianza en todo momento. Mostrar su tarjeta y cubrir los copagos cuando reciba atención.
- Acudir a la sala de emergencia solo cuando necesite servicios de emergencia.
- Ir a sus citas. Si necesita cancelar una cita, comuníquese con la oficina del doctor 24 horas antes de la hora de la cita.
- Hacer preguntas sobre cualquier condición médica y asegurarse de comprender las explicaciones e instrucciones de su proveedor.
- Ayudar al plan a mantener sus archivos con contenido correcto y actualizado brindando información de manera oportuna sobre cambios en su dirección, situación familiar y otra cobertura de salud.
- Notificar al plan, lo antes posible, si un proveedor le cobra de manera inapropiada o si tiene una queja.

- Tratar a todo el personal del plan y a los proveedores de cuidado de salud con respeto y cortesía.
- Pagar las primas a tiempo.

Cómo acceder al cuidado

Acceso para las personas con discapacidad física

Central California Alliance for Health ha hecho todo lo posible por garantizar que nuestras oficinas y las oficinas e instalaciones de los proveedores del plan sean accesibles para las personas discapacitadas. Si no puede encontrar un proveedor accesible, llámenos al número gratuito **800-700-3874** y le ayudaremos a encontrar un proveedor diferente.

Acceso para personas con discapacidad auditiva

Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con nosotros a través de nuestro número TTY al **800-855-3000**.

Acceso para personas con discapacidad visual

Esta Prueba de Cobertura (EOC) y otros materiales importantes del plan estarán disponibles en letra grande o en formato electrónico para las personas con discapacidad visual. Para obtener formatos alternativos o ayuda directa para leer la EOC y otros materiales, llámenos al **800-700-3874**.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990

El plan cumple la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990. Esta ley prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad. La ley protege a los miembros con discapacidades de la discriminación en relación con los servicios del programa. Además, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona discapacitada que califica será excluida, por motivo de discapacidad, de participar en cualquier programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal, ni se le negarán los beneficios, ni será objeto de discriminación, de ninguna otra manera, en dicho programa o actividad.

Quejas relacionadas con el acceso para personas con discapacidad

Si cree que el plan o sus proveedores no han respondido a sus necesidades de acceso para personas con discapacidad, puede presentar una queja ante la Alianza llamando al **800-700-3874 o visitando nuestro sitio web, www.thealliance.health**.

Servicios para miembros con discapacidades

Nuestros trabajadores sociales médicos ayudan a los miembros a obtener servicios y equipo médico duradero. Ellos pueden ayudar a todas las diferentes agencias, de las cuales quizá usted recibe servicios, a trabajar juntos. Para obtener más información, llame a nuestra Línea de Manejo de Casos de la Alianza al teléfono **800-700-3874, ext. 5512.**

Cómo usar su plan de salud

Ubicación de centros y proveedores

Importante: Lea la siguiente información para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede recibir cuidado de salud.

El plan tiene contratos con proveedores en todo el condado de Santa Cruz y Monterey. Consulte en su Directorio de Proveedores la ubicación de los proveedores de cuidado primario, los especialistas, los hospitales, los proveedores de salud aliados y otros proveedores del plan. Si necesita un Directorio de Proveedores, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874** o visite nuestro sitio web, **www.thealliance.health.**

Para obtener más información sobre cómo encontrar una farmacia, vea la sección "Cómo obtener beneficios de farmacia" de este cuadernillo.

Cómo elegir un proveedor de cuidado primario

Dentro del Directorio de Proveedores de Alliance Care para los IHSS, o en el directorio en línea en **https://thealliance.health/for-members/get-started/find-a-doctor/**, encontrará una lista de doctores y clínicas que tienen contrato con el plan. Deberá elegir uno para que sea su proveedor de cuidado primario o PCP (para abreviar). Si no elige un PCP al momento de inscribirse en el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS, el plan le asignará uno. Su PCP puede ser un médico en medicina familiar, medicina general, medicina interna u obstetricia y ginecología.

Su PCP coordinará su cuidado de salud. Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de cuidado de salud, incluido el cuidado preventivo, como chequeos e inmunizaciones. En caso de que los necesite, su PCP lo referirá con médicos especialistas. Su PCP también hará los arreglos para los servicios de hospital, si necesita ir al hospital, a menos que sea una emergencia. Si necesita recibir cuidados en el hospital, generalmente irá al hospital donde su doctor normalmente atiende pacientes.

El Directorio de Proveedores contiene una lista de los nombres, direcciones y números de teléfono de los doctores y clínicas para ayudarle a encontrar uno en su área. También tiene una lista de los horarios de atención, los idiomas que habla el doctor o el

personal de la oficina del doctor y los hospitales donde el doctor atiende a los pacientes.

Cómo programar citas

Para ser atendido por su doctor para recibir atención preventiva o cuando está enfermo, llame a la oficina del doctor para programar una cita. Cuando llame, dígales que es miembro del Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. El nombre y el número de teléfono de su PCP aparecen al frente de su tarjeta de identificación de la Alianza.

Puede llamar a su PCP las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su doctor no está disponible, tendrá un servicio para tomarle la llamada o la contestadora automática le dará instrucciones sobre cómo obtener atención después del horario de atención. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al **844-971-8907**.

Cuando tenga una cita, sea puntual. Llame a la oficina de su doctor lo antes posible si:

- Llegará tarde a su cita.
- Necesita cancelar o reprogramar su cita.

Esto ayudará al doctor a mantenerse dentro de sus tiempos programados y reducirá el tiempo de espera de los demás pacientes.

Si no se presenta a tres (3) citas y no llama para cancelarlas con anticipación, su doctor puede decidir dejar de atenderlo. Si se da esa situación, nos pondríamos en contacto con usted para que pueda elegir otro PCP. Usted seguirá siendo elegible para los beneficios durante ese tiempo y le informaremos cómo puede obtener cuidados hasta que tenga un nuevo PCP. Si no está satisfecho con la decisión de su doctor de dejar de verlo, tiene derecho a presentar una queja, como se describe en la sección llamada “El proceso de quejas”.

Acceso oportuno al cuidado

Es posible que algunos tipos de cuidado tengan más demora que otros para conseguir una cita. A continuación, se muestra el tiempo que se requiere para que le den la consulta:

Tipo de consulta	**Tiempo de espera**
Cuidado de urgencia (cuando **no** se requiere autorización previa)	48 horas
Cuidado de urgencia (cuando se requiere autorización previa)	96 horas
Cuidado primario no urgente o de rutina	10 días hábiles
Cuidado de especialidad no urgente	15 días hábiles
Cuidado de salud mental no urgente y no brindado por un médico	10 días hábiles
Cuidado de seguimiento de la salud mental no urgente y no brindado por un médico, o proveedor de servicios para trastornos por abuso de sustancias	10 días hábiles a partir de cita anterior
Servicios secundarios no urgentes	15 días hábiles

Tipo de consulta	Tiempo de espera
Determinación de prioridad para cuidado o pruebas por teléfono	30 minutos

Tiene derecho a recibir servicios de interpretación, incluidos servicios de interpretación del Lenguaje de Señas Americano, de manera gratuita cuando acceda a servicios cubiertos por el plan. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación, consulte la sección de este libro titulada “Servicios en diferentes idiomas”.

Examen de salud inicial
La Alianza recomienda que, como nuevo miembro, consulte a su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) en los primeros 120 días después de inscribirse para realizarse un examen médico inicial, que también se conoce como examen para paciente nuevo. La primera vez que se reúne con su nuevo PCP es importante. Es la oportunidad para conocerse y revisar su estado de salud. Your PCP will help you understand your medical needs and advise you about staying healthy. Call your PCP’s office for an appointment today.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

La mayoría de las veces, lo mejor es mantener el mismo doctor, para que pueda conocer realmente sus necesidades médicas y su historial. Sin embargo, puede decidir que desea cambiar de doctor. Si desea cambiar de doctor, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874.**

Puede cambiar de doctor por cualquier motivo. Cuando llame, le informaremos cuáles doctores y clínicas podrá elegir que estén disponibles. Cuando cambie de doctor, el cambio entrará en vigor el primer día del siguiente mes. Por ejemplo, si nos llama para cambiar de doctor el 14 de septiembre, podrá comenzar a ver a su nuevo doctor el 1.º de octubre.

Cuando cambie de doctor, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de la Alianza por correo. Su nueva tarjeta tendrá el nombre y el teléfono de su doctor. También se indicará la fecha en que el cambio entra en vigor. Debe continuar viendo a su PCP anterior hasta que el cambio a su nuevo PCP entre en vigor.

Podemos pedirle que cambie de doctor si:

- Su doctor se jubila o abandona el área.
- Su doctor deja de aceptar el plan de salud de la Alianza.
- No puede llevarse bien con su doctor.
- Usted hace citas pero no acude a ellas o si no llama para cancelarlas con anticipación.
- Usted se comporta de forma grosera o abusiva, o altera la tranquilidad de la oficina del doctor.

Le informaremos por escrito o por teléfono si necesitamos pedirle que cambie de doctor.

Es importante saber que cuando se inscribe en el plan, los servicios se brindan a través de nuestra red de proveedores. No podemos garantizar que algún doctor, clínica, hospital u otro proveedor será siempre parte de nuestra red.

Cuidado continuo para nuevos miembros

En algunas circunstancias, el plan brindará cuidado continuo a los nuevos miembros que reciben servicios médicos de un proveedor no contratado, como un doctor u hospital, cuando el plan determine que continuar el tratamiento con un proveedor no contratado es médicamente apropiado. Si usted es un nuevo miembro, puede solicitar permiso para continuar recibiendo servicios médicos de un proveedor no contratado si estaba recibiendo este cuidado antes de inscribirse en el plan y si tiene una de las siguientes condiciones:

- Una condición aguda. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante el tiempo que dure la condición aguda.
- Una condición crónica grave. Los servicios cubiertos se proporcionarán durante el periodo necesario para completar el tratamiento y organizar una transferencia segura a otro proveedor, según lo determine el plan en consulta con usted y con el proveedor no contratado y de acuerdo con la buena práctica profesional. Los servicios cubiertos no deberán exceder el plazo de doce (12) meses a partir del momento en el que se haya inscrito al plan.
- Embarazo, incluido el cuidado posparto.
- Salud mental materna. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante hasta un año después del parto o del diagnóstico, lo que ocurra después.
- Una enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante el tiempo que dure la enfermedad terminal. Los servicios cubiertos podrán exceder el plazo de doce (12) meses a partir del momento en el que se haya inscrito al plan.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento que su antiguo plan haya autorizado como parte de un tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor no contratado para que ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha en la que se haya inscrito al plan.
- Un niño de 0 a 36 meses de edad cuyos padres deseen conservar al proveedor actual del niño por hasta doce (12) meses, ya sea en un tratamiento activo o no.

Comuníquese con nosotros al **800-700-3874** para solicitar cuidado continuo o para obtener una copia de nuestra política de cuidado continuo. Normalmente, la elegibilidad para recibir cuidado continuo se basa en su condición médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su condición.

El cuidado continuo no brinda cobertura para los beneficios que de otro modo no están cubiertos en virtud de este acuerdo. Si se aprueba su solicitud, usted será financieramente responsable solo de los copagos que se apliquen en virtud de este plan.

Solicitaremos que el proveedor no contratado acepte los mismos términos y condiciones contractuales que se imponen a los proveedores contratados que prestan servicios similares, incluidos los términos de pago. Si el proveedor no contratado no acepta los términos y las condiciones, el plan no tiene la obligación de continuar los servicios de ese proveedor.

Le informaremos nuestra decisión por escrito. Si decidimos que no cumple los criterios para recibir cuidado continuo y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, consulte la sección de este documento llamada: “El proceso de quejas”.

Si tiene más preguntas sobre el cuidado continuo, lo invitamos a que se comunique con el Departamento de Atención Médica Administrada, que protege a los consumidores, a su teléfono gratuito, **888-466-2219 (línea TDD 877-688-9891)** o en línea en **www.dmhc.ca.gov**.

Cuidado continuo para proveedores que dejarán el plan

Si su proveedor de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de salud deja de trabajar con el plan, se lo informaremos por correo sesenta (60) días antes de la fecha de finalización del contrato, o tan pronto como sea posible después de que el proveedor nos notifique.

El plan proporcionará cuidado continuo para los servicios cubiertos prestados por un proveedor cuya participación ha finalizado si usted estaba recibiendo este cuidado de este proveedor antes de la finalización y si usted tiene una de las siguientes condiciones:

- Una condición aguda. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante el tiempo que dure la condición aguda.
- Una condición crónica grave. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante el periodo necesario para completar el tratamiento y organizar una transferencia segura a otro proveedor, según lo determine la Alianza en consulta con usted y con el proveedor no contratado y de acuerdo con la buena práctica profesional. Los servicios cubiertos no deberán exceder el plazo de doce (12) meses a partir del momento en el que finalizó el contrato del proveedor.
- Embarazo, incluido el cuidado posparto.
- Salud mental materna. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante hasta un año después del parto o del diagnóstico, lo que ocurra después.
- Una enfermedad terminal. Los servicios cubiertos deberán proporcionarse durante el tiempo que dure la enfermedad terminal. Los servicios cubiertos pueden exceder el plazo de doce (12) meses a partir del momento en el que finalizó el contrato del proveedor.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento que el plan haya autorizado como parte de un tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor no contratado para que ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha en la que finalizó el contrato del proveedor.

- Un niño de 0 a 36 meses de edad cuyos padres deseen conservar al proveedor actual del niño por hasta doce (12) meses, ya sea en un tratamiento activo o no.

El cuidado continuo no se aplicará a los proveedores cuyo contrato haya terminado por una razón disciplinaria médica, fraude o por otra actividad criminal. El proveedor cuyo contrato finalizó debe acordar por escrito brindarle a usted los servicios de conformidad con los términos y condiciones, incluidas las tarifas de reembolso, del acuerdo que el proveedor tenía con el plan antes de la finalización de dicho contrato. Si el proveedor no está de acuerdo con estos términos y condiciones contractuales y tarifas de reembolso, no estamos obligados a continuar los servicios del proveedor más allá de la fecha de finalización del contrato.

Comuníquese con nosotros al **800-700-3874** para solicitar cuidado continuo o para obtener una copia de nuestra política de cuidado continuo. Normalmente, la elegibilidad para recibir cuidado continuo se basa en su condición médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su condición.

El cuidado continuo no brinda cobertura para los beneficios que de otro modo no están cubiertos en virtud de este acuerdo. Si se aprueba su solicitud, usted será financieramente responsable solo de los copagos que se apliquen en virtud de este plan.

Le informaremos nuestra decisión por escrito. Si determinamos que usted no cumple los criterios para recibir cuidado continuo y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte la sección de este documento llamada “El proceso de quejas”.

Si tiene más preguntas sobre el cuidado continuo, lo invitamos a que se comunique con el Departamento de Atención Médica Administrada, que protege a los consumidores, a su teléfono gratuito **888-466-2219 (línea TDD 877-688-9891)**, o en línea en **www.dmhc.ca.gov**.

Autorización previa para los servicios

Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) coordinará sus necesidades de cuidado de salud y, cuando sea necesario, organizará el cuidado y los servicios especializados para usted.

En algunos casos, el plan debe autorizar los servicios antes de que los reciba. Los servicios de salud mental y para trastornos relacionados con el uso de drogas que requieran una autorización previa deben ser autorizados por el contratista del plan,Carelon Behavioral Health. Las medicinas recetadas que requieran una autorización previa deberán contar con la autorización del contratista del plan, MedImpact.

Su PCP o el proveedor tratante obtendrá las referencias y autorizaciones necesarias en su nombre. Autorización previa significa que tanto su doctor como el plan o el contratista del plan están de acuerdo con que los servicios que usted recibirá son médicamente necesarios. Si necesita algo que requiera una autorización previa, el proveedor de cuidado de salud presentará una petición de autorización. Su proveedor sabe cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

Estos incluyen:

- Servicios para pacientes internos que no sean de emergencia.
- Algunos tipos de equipo médico duradero, como sillas de ruedas, aparatos correctores y nebulizadores.
- Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes externos, como resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés).
- Medicinas no incluidas en el formulario (medicinas que no están en la lista de medicinas que normalmente cubrimos, medicinas de marca, etc.).
- Servicios que no son de emergencia recibidos fuera del área de servicio del plan.
- Servicios que no son de emergencia recibidos de un proveedor no contratado.
- Servicios intensivos de salud de la conducta para pacientes externos para el tratamiento de trastornos de la salud mental y trastornos relacionados con el abuso de drogas.
- Servicios de tratamiento residencial para la salud mental.
- Servicios para pacientes internos para el tratamiento de trastornos relacionados con el uso de drogas, incluye servicios residenciales de desintoxicación.
- Servicios de tratamiento de salud de la conducta para el tratamiento del autismo y del trastorno generalizado del desarrollo (PDD, por sus siglas en inglés), incluyen terapias en el hogar.
- Tratamiento diurno para pacientes externos por trastornos de la salud mental y por trastornos relacionados con el uso de drogas.
- Hospitalización parcial por trastornos de la salud mental y por trastornos relacionados con el uso de drogas.
- Servicios de terapia electroconvulsiva.

Las peticiones de autorización son revisadas por personal clínico calificado. Ellos revisan cada caso para asegurarse de que usted reciba el mejor tratamiento y el más adecuado que esté cubierto para su condición.

Peticiones de autorización médica y de salud de la conducta

La mayoría de las peticiones de autorización se aprueban, pero en ocasiones, algunas son denegadas. Esto significa que necesitamos pedirle al proveedor más información o pedirle al doctor que pruebe otro tratamiento primero. Le informaremos a su doctor si se aprobó una petición de autorización previa o si necesitamos más información. Es posible que en ocasiones modifiquemos o cambiemos lo que solicitó su proveedor y luego aprobemos la petición con la modificación. Consulte con su doctor si desea saber si se ha aprobado o no una petición de autorización previa. Respondemos a todas las peticiones de autorización previa dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles desde el momento en que las recibimos. Si un tratamiento es urgente, responderemos en el plazo de 72 horas.

Después de que se haya aprobado una petición de autorización previa, el proveedor puede realizar el procedimiento o brindarle el servicio, el equipo o la medicina, según lo que se solicitó y lo que se aprobó. Si recibe servicios antes de recibir la autorización requerida, usted será responsable de pagar el costo del tratamiento. Si se deniega una

petición de autorización previa, recibirá una carta donde se explicará el motivo de la denegación y cómo puede presentar una queja si no está de acuerdo con la denegación.

Este es un resumen de la política de autorización previa de la Alianza. Para obtener una copia de nuestras políticas, llame a Servicios a los Miembros al 800-700-3874.

Peticiones de autorización de farmacia
La información sobre el proceso de autorización previa de recetas médicas está en la sección “Cómo obtener beneficios de farmacia” de este documento. Esto incluye una descripción de los plazos para responder las peticiones de autorización previa de farmacia y los montos de sus copagos. También incluye información sobre su derecho a presentar una queja y su derecho a solicitar una revisión de excepción externa si denegamos una solicitud de una medicina o si denegamos una solicitud de excepción para nuestro proceso de terapia escalonada.

Referencias a médicos especialistas

Su proveedor de cuidado primario puede decidir darle una referencia a un especialista para recibir cuidado para una condición médica específica. Para la mayoría de los servicios cubiertos no proporcionados directamente por su proveedor de cuidado primario, incluidos los servicios especializados, de laboratorio, de rayos X y los servicios de hospital que no esté relacionado con alguna emergencia, su PCP debe darle una referencia con anticipación.

Informe a su doctor todo lo más que pueda sobre su condición médica y su historial, para que juntos puedan decidir qué es lo mejor para usted. En consulta con usted, su PCP elegirá un proveedor contratado dentro del área de servicio o un proveedor local fuera del área de servicio de quien podrá recibir los servicios. Si no hay ninguno disponible para atenderlo, su PCP puede solicitar la autorización del plan para referirlo a un proveedor no contratado dentro del área de servicio o a un proveedor fuera del área de servicio. Para obtener una lista de especialistas, consulte su Directorio de Proveedores, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874** o visite nuestro sitio web www.thealliance.health.

Si su PCP considera que necesita consultar a un especialista, le enviará un Formulario de Consulta de Referencia. Esto le informa al especialista que su PCP ha autorizado la consulta. La oficina de su PCP puede llamar para programar la cita con el especialista, o pueden pedirle que usted programe la cita. Si hay un especialista en particular que ha estado consultando o que le gustaría consultar, informe a su PCP cuando solicite la referencia.

Hay algunos servicios que puede recibir sin necesidad de una referencia de su PCP. Estos incluyen servicios de planificación familiar, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de VIH y servicios de tratamiento por agresión sexual. Las mujeres también pueden consultar a un obstetra o ginecólogo para un examen anual de bienestar de la mujer, una prueba de Papanicolaou, un examen de los senos y cuidado del embarazo. Sin embargo, aunque no necesite una referencia para acceder a estos servicios, debe obtenerlos de un proveedor contratado dentro del área de servicio.

Referencias permanentes
Si tiene una condición o enfermedad que requiere atención médica especializada durante un periodo prolongado, es posible que necesite una referencia permanente a un especialista para recibir atención especializada continua. Si recibe una referencia permanente a un especialista, no necesitará obtener una autorización cada vez que consulte a ese especialista. Puede obtener una referencia permanente a un especialista hasta por un (1) año.

Además, si su condición o enfermedad es potencialmente mortal, degenerativa o discapacitante, es posible que deba recibir una referencia permanente a un especialista o centro de atención especializada que tenga experiencia en el tratamiento de la condición o enfermedad para que un especialista pueda coordinar su cuidado.

Para obtener una referencia permanente, llame a su proveedor de cuidado primario. Puede comunicarse con el plan para solicitar una lista de proveedores contratados dentro del área de servicio o proveedores locales fuera del área de servicio que hayan demostrado tener experiencia en el tratamiento de la condición o enfermedad por la cual se le ha otorgado una referencia permanente. Si no hay proveedores contratados dentro del área de servicio o proveedores locales fuera del área de servicio disponibles para tratar su condición o enfermedad, su PCP puede solicitar la autorización del plan para referirlo a un proveedor no contratado dentro del área de servicio o a un proveedor fuera del área de servicio. Si tiene alguna dificultad para obtener una referencia permanente, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**. Si, después de llamarnos, considera que no se han cumplido sus necesidades, consulte la sección de este documento llamada “El proceso de quejas”.

Si consulta a un especialista o recibe servicios especializados antes de recibir la referencia requerida, usted será responsable de pagar el costo del tratamiento.

Este es un resumen de la política de referencias a especialistas del plan. Para obtener una copia de nuestra política, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874.**

Servicios de telesalud
La Alianza proporciona cobertura para los servicios de telesalud en función de lo mismo y en la misma medida que para las visitas en persona. Es posible que algunos proveedores puedan proporcionarle algunos servicios a través de telesalud. La telesalud es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. El servicio de telesalud puede consistir en una conversación en vivo por video con su proveedor. O bien, puede consistir en compartir información con su proveedor sin tener una conversación en vivo. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que el uso de la herramienta de telesalud para un servicio en particular es adecuado para usted si decide utilizarla.

Usted tiene derecho a acceder a todos los archivos médicos de sus servicios de telesalud. Puede comunicarse con la Alianza al **800-700-3874** para determinar qué tipos de servicios puede brindarle la Alianza a través de la herramienta de telesalud.

Cómo obtener una segunda opinión

A veces es posible que tenga preguntas sobre su enfermedad o su plan de tratamiento recomendado. Es posible que desee obtener una segunda opinión. Puede solicitar una segunda opinión por cualquier motivo, incluidos los siguientes:

- Usted cuestiona la pertinencia o la necesidad de un procedimiento quirúrgico recomendado.
- Tiene preguntas sobre un diagnóstico o un plan de tratamiento para una condición crónica o una condición que podría causar la muerte, la pérdida de una extremidad, la pérdida de funciones corporales o una discapacidad significativa.
- El consejo de su proveedor no es claro o es complejo y confuso.
- Su proveedor no puede diagnosticar la condición o el diagnóstico está en duda debido a resultados contradictorios de la prueba.
- El plan de tratamiento en curso no ha mejorado su condición médica dentro de un periodo apropiado.
- Ha intentado seguir el plan de tratamiento o ha consultado a su proveedor inicial con respecto a sus preocupaciones sobre el diagnóstico o el plan de tratamiento.

Hable con su PCP y solicite una referencia si desea obtener una segunda opinión. También puede comunicarse con el plan para solicitar una segunda opinión. Si su condición médica representa una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, la pérdida potencial de la vida, una extremidad o una función corporal importante, o si la demora sería perjudicial para su capacidad de recuperar la función máxima; su solicitud para obtener una segunda opinión se procesará dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas.

Se lo referirá a un proveedor calificado contratado dentro del área de servicio o a un proveedor calificado local fuera del área de servicio para obtener una segunda opinión. Si no hay ninguno disponible, el plan puede autorizar que usted consulte a un proveedor no contratado dentro del área de servicio o a un proveedor fuera del área de servicio. Usted será responsable de pagar todos los copagos que se apliquen a la segunda opinión.

Si su solicitud para obtener una segunda opinión es denegada, recibirá la denegación por escrito. Puede apelar la denegación. Para obtener información sobre cómo apelar una denegación, consulte la sección de este documento llamada, “El proceso de quejas”.

Este es un resumen de la política del plan en relación con las segundas opiniones. Para solicitar una copia de nuestra política, comuníquese con nosotros al **800-700-3874.**

Cómo obtener los beneficios de farmacia

Medicinas proporcionadas en la oficina de un doctor o medicinas cubiertas por el beneficio médico

Su doctor sabrá cuáles son estas medicinas. Si su doctor receta estas medicinas, él podrá comunicarse con nosotros para obtener más información sobre cómo obtener estas medicinas para usted. Se le pueden administrar estas medicinas de diferentes maneras, a veces a través de una inyección en una vena, en la piel o en otra parte del

cuerpo. No hay montos de coseguro para estas medicinas en el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS.

Su doctor puede preguntar sobre las restricciones de cobertura o presentar una autorización previa llamando a Servicios para Proveedores de la Alianza al **831-430-5504** o llamando a Autorizaciones Previas de Farmacia al **831-430-5507**. Su doctor también puede enviarnos una autorización previa por fax o utilizar nuestro portal de autorizaciones previas en línea.

Si tiene preguntas sobre la cobertura de las medicinas que se administran en la oficina del doctor, puede llamar a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**. Estas medicinas no aparecen en el formulario.

Lo que su doctor puede recetar
Su PCP tiene una lista de medicinas aprobadas por el plan. Esta lista se conoce como formulario. Un grupo de doctores y farmacéuticos revisan y actualizan la lista del formulario cada año para asegurarse de que las medicinas que contiene sean seguras y útiles. Si su doctor considera que usted necesita usar una medicina que no está en esta lista, o si su doctor considera que necesita una medicina que generalmente no se receta para la condición médica específica que usted tiene, su doctor puede enviarnos una petición de autorización previa. Su doctor puede recetarle una medicina de marca si le favorece más a usted. Su doctor tendrá que solicitar una autorización previa antes de que usted pueda obtener la medicina. Su doctor tendrá que llenar un formulario de MedWatch para documentar su alergia a la medicina genérica. El hecho de que una medicina recetada esté en el formulario no garantiza que el doctor se la recete para tratar una condición médica específica.

Usted o su doctor pueden solicitar que la farmacia surta solo una parte de la receta médica a la vez. Obtendrá el resto de la cantidad recetada más adelante.
Esto se conoce como “surtido parcial” y se aplica solo a lo que se conoce como medicinas de la Lista 2. Estas son medicinas como los opioides y los estimulantes.
En un surtido parcial su copago será prorrateado y será menor que el copago que se establece en la sección de niveles de las medicinas.
Su farmacia puede llamar a MedImpact para solicitar una anulación de suministros de emergencia para 5 días en cualquier momento.

Cómo obtener una autorización previa para una medicina
Las medicinas que requieren una autorización previa se indican con el símbolo “PA” (autorización previa, por sus siglas en inglés) en la guía del formulario. La petición de autorización previa nos permite saber por qué necesita esa medicina. Autorización previa significa que tanto su doctor como el plan o el contratista del plan están de acuerdo con que los servicios que usted recibirá son médicamente necesarios. Tendremos que aprobar la petición antes de poder cubrir esa medicina para usted. Cuando hay más de una medicina apropiada para el tratamiento de una condición médica, es posible que le solicitemos a su doctor que pruebe primero la medicina preferida, antes de solicitar la autorización para recetar cualquiera de las otras. A esto se le conoce como “terapia escalonada”. Su proveedor puede solicitar una excepción del proceso de terapia escalonada para una medicina recetada. A esto se le conoce como “excepción de la terapia escalonada”.

Tenemos contrato con una empresa llamada MedImpact para los servicios de farmacia. Las medicinas recetadas que requieren autorización previa deben ser autorizadas por MedImpact. Cuando MedImpact recibe una petición de autorización previa para una medicina, MedImpact le responderá a su doctor en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de una petición urgente, y de 72 horas a partir de la recepción de una petición de rutina. Si MedImpact no responde dentro de estos plazos, se considerará aprobada la petición.

Se dará prioridad a las peticiones de autorización para circunstancias extremas y se proporcionará un suministro para 5 días de medicinas cubiertas para pacientes externos hasta que se tome una decisión o hasta que el plazo de 24 horas haya terminado. Consulte la sección “Definiciones” de este documento para obtener una explicación del término “circunstancias extremas”.

Si MedImpact aprueba la petición, usted podrá obtener la medicina. Si MedImpact niega la petición, usted o su proveedor tiene derecho a presentar una queja. Como parte del proceso de quejas, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una revisión de excepción externa. Esto significa que enviaremos la petición de autorización y la información que recibamos por parte de su proveedor a un médico externo que revisará nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja o solicitar una revisión de excepción externa, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874.**

El Plan no limitará ni excluirá la cobertura de una medicina que está tomando si la cobertura de la medicina ya había sido aprobada previamente por el plan y su doctor continúa recetándola, siempre que la medicina se recete adecuadamente y se considere segura y efectiva para tratar su condición médica. Esto no significa que su doctor no pueda elegir recetarle una medicina diferente o que no se pueda sustituir por un equivalente genérico de la medicina.

Cómo encontrar una farmacia
Si va a surtir o resurtir una receta, deberá obtener sus medicinas recetadas en una farmacia que trabaje con la Alianza. Tenemos contrato con una empresa llamada MedImpact para los servicios de farmacia y usamos su red de farmacias. Debe acudir a una de estas farmacias para obtener sus medicinas recetadas. Algunas de las farmacias tienen sucursales en todo California.

Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con la Alianza en el Directorio de Proveedores de la Alianza en https://thealliance.health/MedimpactLocator.

También puede encontrar una farmacia cerca de usted llamando a Servicios a los Miembros al **800-700-3874 (TTY 800-855-3000 o al 711).**

Una vez que escoja una farmacia, lleve su receta a la farmacia. Entregue a la farmacia su receta con su tarjeta de identificación de la Alianza. Asegúrese de que la farmacia esté al tanto de todas las medicinas que tome y de cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, asegúrese de preguntarle al farmacéutico. Si necesita surtir una receta en una farmacia fuera del área debido a una emergencia, o para el

tratamiento de una condición médica urgente, pídale a la farmacia que nos llame al 800-700-3874. Le explicaremos a la farmacia cómo puede cobrarnos la medicina.

Su farmacia también puede llamar a MedImpact para obtener un suministro de emergencia de medicinas para 5 días en su nombre. Si se emite un estado de emergencia en su área local, su farmacia también puede llamar a MedImpact para obtener una anulación de emergencia para sus medicinas.

Algunas medicinas se conocen como medicinas de especialidad. Estas medicinas pueden tener requisitos especiales de manejo o almacenamiento. Es posible que también necesite orientación adicional de un equipo de cuidado de la farmacia para esa medicina. En la farmacia le avisarán si alguna de las medicinas que le recetaron es una medicina de especialidad y qué hacer.

La Alianza tiene una red de farmacias de especialidad llamada MedImpact Direct Specialty. Las medicinas de especialidad deben surtirse en una farmacia de la red de MedImpact Direct Specialty. Estas medicinas de especialidad tienen las letras “SP” en el formulario. Si tiene alguna pregunta sobre MedImpact Direct Specialty, llame al **877-391-1103** (de lunes a viernes, de 5 a. m. a 5 p. m.).

Puede obtener un suministro de 90 días de la mayoría de las medicinas recetadas que recibe por correo a través del servicio contratado de farmacia con pedidos por correo de la Alianza, Birdi. Los servicios de pedidos por correo de medicinas recetadas con envío estándar son un beneficio cubierto. Para recibir sus medicinas recetadas por correo, regístrese en línea con Birdi en https://www.medimpact.com/homedeliverymembers o llame al 855-873-8739.

Portal para los miembros de MedImpact Rx
El portal para los miembros de MedImpact Rx le permitirá acceder a sus beneficios de medicinas recetadas para ayudarle a administrar su presupuesto y salud. Puede ver sus medicinas y copagos, encontrar el costo más bajo para sus medicinas y ubicar las farmacias más cercanas a usted con las mejores opciones de costo para sus medicinas. Comience registrándose en el sitio web de MedImpact en https://www.medimpact.com/.

Nivel de las medicinas recetadas y copagos

Los montos de copago de nivel se aplican:

- Por receta médica, para un suministro para 30 días de medicinas genéricas; por receta médica, para un suministro para 30 días de medicinas de marca.
- Por receta médica, para un suministro para 90 días de medicinas diarias genéricas; por receta médica, para un suministro para 90 días de medicinas de marca.
- Si el costo de la medicina es menor al del copago, el miembro pagará el costo más bajo.
- Las medicinas recetadas proporcionadas en un centro para pacientes internos no tienen copago.
- Las medicinas administradas en la oficina del doctor o en un centro para pacientes externos no tienen copago.

- El copago puede ser menor para un “surtido parcial”, consulte la sección “Lo que su doctor puede recetar” para obtener más información sobre lo que significa “surtido parcial”.
- Los anticonceptivos no tienen copagos. Puede obtener un suministro para 12 meses de píldoras anticonceptivas, parches y anillos vaginales.

Nivel	Copago	Descripción
Nivel 1	$5.00 *	medicinas genéricas y medicamentos de especialidad genéricos
Nivel 2	$15.00 *	medicinas de marca y medicamentos de especialidad de marca

**montos de coseguro de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1367.656*.

Las medicinas diarias son medicinas que se recetan por sesenta (60) días o más y por lo general, se recetan para condiciones crónicas como enfermedad cardiaca, diabetes o hipertensión.

Cómo obtener cuidado de urgencia

Los servicios de cuidado de urgencia son servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de su salud como resultado de una enfermedad imprevista, una lesión, dolor prolongado o una complicación de una condición existente, incluido el embarazo, para la cual el tratamiento no puede retrasarse. El plan cubre servicios de cuidado de urgencia cada vez que se encuentre fuera de nuestra área de servicio o durante las noches y fines de semana cuando se encuentre dentro de nuestra área de servicio. Para tener cobertura, el servicio de cuidado de urgencia debe ser necesario debido a que la enfermedad o lesión se volverá mucho más grave si espera una cita regular con el doctor.

En su primera consulta, hable con su proveedor de cuidado primario para saber qué debe hacer cuando la oficina esté cerrada y usted considere que podría necesitar cuidado de urgencia.

Para obtener cuidado de urgencia por la noche y los fines de semana cuando se encuentre **dentro** del área de servicio del plan, llame a su proveedor de cuidado primario. El número de teléfono de su PCP aparece al frente de su tarjeta de identificación de la Alianza. Puede llamar a su PCP a cualquier hora del día o de la noche. Si no puede comunicarse con su PCP, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al **844-971-8907**. La Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza puede darle una referencia con un proveedor de cuidado de urgencia contratado.

No se necesita autorización previa para acceder al cuidado de urgencia cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. Si no está seguro de que su condición sea urgente, llame a su PCP o a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza, si puede hacerlo.

Informe al proveedor que lo atiende que es miembro de Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS y muestre su tarjeta de identificación de la Alianza. Si recibe tratamiento

de cuidado de urgencia mientras está fuera del área de servicio del plan y recibe un cobro, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**.

Cómo obtener atención de emergencia

La atención de emergencia es para emergencias médicas que constituyan una amenaza para la vida. Una emergencia médica es una condición con dolor agudo o una lesión grave. Las emergencias médicas son tan graves que, si no se atienden de inmediato, pueden ocasionar:

- un riesgo grave para su salud
- un daño grave a las funciones corporales
- una disfunción grave en algún órgano o parte del cuerpo

  Los ejemplos incluyen:
  - huesos rotos
  - dolor en el pecho
  - quemaduras graves
  - desmayos
  - sobredosis de drogas
  - parálisis
  - cortaduras graves que no dejan de sangrar
  - labor de parto activa
  - condiciones psiquiátricas de emergencia

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia (ER, por sus siglas en inglés) más cercana. Para la atención de emergencia, no necesita una aprobación previa (autorización previa) de la Alianza. Usted tiene el derecho de usar cualquier hospital o entorno para obtener atención de emergencia.

Si necesita atención de emergencia lejos de su hogar, vaya a la sala de emergencia (ER) más cercana, incluso si no se encuentra en la red de la Alianza. Usted tiene cobertura para recibir servicios de emergencia dentro y fuera del área de servicio del plan, sin necesidad de una aprobación previa (autorización previa) para tener acceso al área de atención de emergencia.

Si se le atiende en la sala de emergencia, asegúrese de dar seguimiento con su PCP después, infórmele qué sucedió y si recibió tratamiento.

Si obtiene cuidado de emergencia de un proveedor (un hospital o un grupo de médicos de emergencia) que no tenga contrato con el plan y recibe un cobro por parte del proveedor, llame a Servicios a los Miembros. Nos pondremos en contacto con el proveedor en su nombre.

Qué hacer si no está seguro de que tenga una emergencia

Si no está seguro de que tenga una emergencia o de que necesite cuidado de urgencia, llame a su PCP al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de la Alianza para acceder a los servicios para determinar la prioridad respecto al cuidado o pruebas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si cree que necesita cuidado de emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana o

llame al 911. Si cree que necesita cuidado de urgencia y se encuentra dentro del área de servicio del plan, llame a su PCP. Si está fuera del área de servicio del plan, puede acceder a los servicios de cuidado de urgencia sin autorización previa. Si no está seguro de que su condición sea urgente, llame a su PCP, si puede.

También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al **844-971-8907**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin costo para usted. Los miembros con problemas auditivos o del habla pueden llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza por medio del Servicio de Retransmisión de California al **800-855-3000** (TTY/TDD) o al **800-854-7784** (servicio de voz a voz).

Cuidado de seguimiento y posterior a la estabilización después de una emergencia

Una vez que su condición médica de emergencia se trató en el hospital y ya no hay una emergencia porque su condición se estabilizó, es posible que el doctor que lo está tratando le haga permanecer en el hospital por más tiempo antes de que lo puedan dar de alta de forma segura. Los servicios que recibe después de que una condición de emergencia se estabiliza se llaman “servicios posteriores a la estabilización”.

Si el hospital donde recibió los servicios de emergencia es un hospital no contratado, dicho hospital deberá ponerse en contacto con el plan para obtener la aprobación para la estancia posterior a la estabilización. Si el plan aprueba su estancia prolongada en el hospital no contratado, usted no tendrá que pagar los servicios, excepto los copagos que normalmente son requeridos por el plan.

Si el plan le notificó al hospital no contratado que usted puede ser trasladado de manera segura a uno de los hospitales contratados del plan, el plan organizará y pagará su traslado.

Si el plan determina que usted puede ser transferido de forma segura a un hospital contratado, pero usted no está de acuerdo con la transferencia, el hospital no contratado debe darle un aviso por escrito donde indique que usted tendrá que pagar todos los costos de los servicios posteriores a la estabilización proporcionados en el hospital no contratado después de que su condición de emergencia se haya estabilizado.

Asimismo, quizá usted tenga que pagar por los servicios si el hospital no contratado no puede saber cuál es su nombre y no le es posible obtener la información de contacto del plan a fin de pedir aprobación para proporcionar los servicios una vez que usted esté estable.

Si cree que se le cobró incorrectamente por los servicios que recibió por parte de un hospital no contratado después de una emergencia, comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros de la Alianza al **800-700-3874**.

Después de recibir cualquier servicio de cuidado de emergencia o de urgencia, deberá llamar a su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de seguimiento.

Servicios no cubiertos

El plan no cubre los servicios médicos que se reciben en un centro de cuidado de emergencia o de urgencia para condiciones que no sean emergencias o urgencias, si usted, dentro de lo razonable, debería haber sabido que no existía una situación de cuidado de emergencia o de urgencia. Usted será responsable de todos los cargos relacionados con estos servicios.

Deducibles

Los servicios cubiertos no tienen deducible. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, consulte la sección “Beneficios” de este documento.

Copagos

Deberá pagar un pequeño monto por algunos servicios. Esto se llama copago. El gasto máximo de bolsillo para el año de beneficio es de $3,000.

El Plan hará un seguimiento de sus copagos y le enviará avisos de acumulación actualizados por correo, de cada mes en el que se usen los beneficios, hasta alcanzar su copago máximo anual de $3,000. Si anteriormente eligió no recibir correos de la Alianza, recibirá el aviso de manera electrónica. Para dejar de recibir avisos de acumulación por correo y elegir recibir las notificaciones de acumulación de manera electrónica, o para empezar a recibir los avisos de acumulación por correo o seguir haciéndolo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de la Alianza al **800-700-3874** para obtener ayuda. Si eligió recibir los avisos de acumulación de manera electrónica, puede empezar a recibirlos por correo, o continuar haciéndolo, en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros.

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de la Alianza al **800-700-3874** para obtener información actualizada sobre los copagos o puede acceder a esta información en el sitio web de la Alianza en **www.thealliance.health**.

Una vez que hayamos verificado que alcanzó el monto máximo para el año de beneficio, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de la Alianza que indique que ya no debe pagar copagos por el resto del año de beneficio. Si puede mostrar comprobantes (recibos) de que pagó más de $3,000 en copagos dentro del año de beneficio, el plan le reembolsará el monto que supere los $3,000.

No se cobrará ningún copago por los exámenes de rutina y el cuidado preventivo.

Responsabilidades de los miembros

Por lo general, el único monto que paga el miembro por los servicios cubiertos es el copago requerido.
Es posible que deba pagar por los servicios que recibe que NO sean servicios cubiertos, como:

- Servicios recibidos en la sala de emergencia que no sean servicios de emergencia.

- Servicios que no sean servicios de emergencia o urgentes, recibidos fuera del área de servicio del Plan, si no obtuvo la autorización del Plan antes de recibir dichos servicios.
- Servicios de especialidad recibidos, si no obtuvo la referencia o autorización requerida por parte del plan antes de recibir dichos servicios (consulte Autorización previa de los servicios y Referencias a médicos especialistas en la sección “Cómo usar su plan de salud”).
- Servicios de un proveedor no contratado, a menos que los servicios sean para situaciones permitidas en este manual de Prueba de Cobertura (por ejemplo, servicios de emergencia, servicios urgentes fuera del área del servicio del plan o servicios de especialidad aprobados por el plan).
- Servicios recibidos que superen los límites descritos en este manual de Prueba de Cobertura, a menos que lo autorice el plan.

El plan es responsable de pagar todos los servicios cubiertos, incluidos los servicios de emergencia. Usted no es responsable de pagar a un proveedor ninguna cantidad que el plan de salud deba por cualquier servicio cubierto.

Si el plan no paga a un proveedor no contratado por los servicios cubiertos, usted no tiene que pagarle al proveedor no contratado el costo de los servicios cubiertos. Los servicios cubiertos son aquellos servicios brindados conforme a este manual de Prueba de Cobertura.

El proveedor no contratado deberá cobrarle al plan, y no a usted, cualquier servicio cubierto. Pero recuerde: los servicios de un proveedor no contratado no son “servicios cubiertos” a menos que se encuentren dentro de las situaciones permitidas por este manual de Prueba de Cobertura, o en los casos en que los servicios cubiertos sean proporcionados por un proveedor no contratado en un centro dentro de la red donde le hayamos autorizado recibir los cuidados. Usted no es responsable de ninguna cantidad que supere su copago por los servicios cubiertos que reciba en los centros dentro de la red donde lo hayamos autorizado a recibir cuidados.

Los miembros que participen en **el Programa de la Corte de Asistencia, Recuperación y Habilitación Comunitaria (Community Assistance, Recovery, and Empowerment; CARE, por sus siglas en inglés)** no son responsables de los copagos ni del costo compartido por los servicios recibidos de conformidad con el contrato con CARE del miembro o el plan de CARE aprobado por la corte, con la excepción de medicinas recetadas. El pago de los servicios no se negará a menos que la Alianza determine que el miembro no estaba inscrito en el plan en la fecha del servicio, que nunca se realizaron los servicios o que no fueron proporcionados por un proveedor de cuidado de salud con la licencia o autorización apropiadas para dar los servicios.

Si recibe un cobro por un servicio cubierto por parte de cualquier proveedor, ya sea contratado o no contratado, comuníquese con el Departamento de Servicios a los Miembros de la Alianza al **800-700-3874.**

Servicios para mantenerlo saludable

El plan cubre muchos servicios que le ayudan a mantenerse saludable. Estos servicios se conocen como servicios de cuidado de salud preventivo. El cuidado preventivo lo mantiene sano. Mediante este tipo de cuidado, se pueden detectar y tratar problemas antes de que se vuelvan graves. El cuidado preventivo incluye:

- revisiones anuales
- vacunas (inyecciones)
- pruebas de Papanicolaou (para las mujeres)
- mamografías (para las mujeres)
- cuidado prenatal (para las mujeres embarazadas)

Consulte las tablas de las siguientes dos páginas. Son una lista de las revisiones preventivas que los adultos deben hacerse. También indican con qué frecuencia deben hacérselas. Hay una tabla que indica cuándo deben ponerle las vacunas para prevenir enfermedades. Si tiene preguntas acerca del cuidado de salud preventivo, hágaselas a su doctor. También puede llamar a nuestros educadores de salud al **800-700-3874 ext. 5580**, para que le ayuden. Hablan inglés y español.

Lineamientos para la realización de pruebas de salud en adultos

Para mantenerse sano, es importante que le hagan exámenes de salud periódicos y las pruebas adecuadas, y que le apliquen las vacunas correspondientes. Consúltelo con su doctor incluso si no está enfermo ni tiene problemas.

Para todos los pacientes			
Prueba	**De 18 a 39 años**	**De 40 a 64 años**	**A partir de los 65 años**
Examen de salud Puede incluir la medición de la estatura y el peso, el índice de masa corporal (IMC), la presión arterial y el examen auditivo y ocular	Para todos los miembros de la Alianza: Programe su primera revisión en los primeros 90 días (3 meses) a partir de haberse hecho miembro de la Alianza.		

Para todos los pacientes			
Revisión de los riesgos de desarrollar tuberculosis (TB)	Prueba de riesgos al ingresar al plan de salud por primera vez para todos los miembros. Repita la prueba en las revisiones anuales.		
Prevención de caídas: Adultos mayores			Es posible que su doctor recomiende intervenciones de ejercicio para prevenir las caídas.
Prueba de hepatitis C	Se recomienda que los adultos de entre 18 y 79 años de edad se la hagan al menos una vez. Todas las demás, según sea necesario con base en los factores de riesgo.		
Presión arterial	Cada 1 o 2 años	Cada 1 o 2 años	Cada 1 o 2 años
Prueba de cáncer de pulmón		Su doctor podría recomendar una prueba anual de cáncer de pulmón a los adultos de entre 50 y 80 años de edad que tengan un historial de haber fumado 20 cajetillas por día durante un año y fumen actualmente o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años.	
Consumo de tabaco	Su doctor deberá preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco y ofrecer servicios y apoyo a las personas que estén listas para dejar de fumar.		
Consumo excesivo de alcohol	Su doctor deberá preguntar acerca del consumo excesivo de alcohol.		
Prueba de heces u otra prueba colorrectal	Según lo indique su doctor.	Cada año a partir de los 50 años.	Cada año hasta los 75 años.
Prueba de detección de la glucosa anormal en la sangre	Es posible que revisen si usted padece de glucosa anormal en la sangre si tiene de 40 a 70 años y tiene sobrepeso u obesidad.		
Consejería para una dieta saludable y actividad física	Su doctor puede recomendar consejería a fin de promover una dieta sana y actividad física para la prevención de una embolia o enfermedades cardiacas.		
Prueba de detección de obesidad y consejería	Su doctor puede dar una referencia a adultos con un índice de masa corporal de 30 o más para que acudan a intervenciones intensivas de conducta multicomponente.		

Medicinas preventivas: enfermedades del corazón	Su doctor podría recomendarle que tome una dosis baja de aspirina para ayudar a prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer colorrectal si tiene entre 50 y 59 años de edad y tiene al menos un 10 % de riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular a 10 años.		
Pacientes que tienen diabetes	Cada año: revisión de la presión arterial, examen del pie, control de peso, prueba de orina y examen de la vista. Al menos 2 veces al año, hágase una prueba de hemoglobina A1C o HbA1c. Al menos una vez en la vida, vacúnese contra la neumonía. Asegúrese de estar vacunado contra la hepatitis B. Hable con su doctor sobre las pruebas de colesterol y los exámenes dentales.		
Prueba de uso no saludable de drogas	Evaluación de rutina sobre el uso no saludable de drogas en adultos mayores de 18 años.		
Prueba de detección de la depresión	La prueba rutinaria de depresión se recomienda a todos, incluidos adolescentes, mujeres embarazadas y padres primerizos.		
Enfermedades de transmisión sexual, consejería	Se recomienda que todos los adultos sexualmente activos y con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual reciban consejería de la conducta.		
Medicinas preventivas: VIH	Las personas con alto riesgo de infección por VIH podrían beneficiarse del tratamiento preventivo. Hable con su doctor para saber si esto podría ser beneficioso para usted.		
Prueba de detección de hepatitis B	Prueba de detección según sea necesario con base en los factores de riesgo.		
Prueba de VIH	Prueba de una sola vez para los adultos de entre 18 y 64 años. De nuevo, según sea necesario con base en los factores de riesgo.		
Únicamente pacientes mujeres			
Prueba	**De 18 a 39 años**	**De 40 a 64 años**	**A partir de los 65 años**
Prueba de detección de cáncer de seno	Según lo recomiende su doctor.	De los 40 a los 50 años: Según lo recomiende su doctor. De los 50 a los 64 años: Cada 1 o 2 años.	De los 65 a los 70 años: Cada 1 o 2 años. A partir de los 75 años: Según lo recomiende su doctor.

Prueba de Papanicolaou	De los 21 a los 29 años: Solo la prueba de Papanicolaou cada 3 años. De los 30 a los 65 años: Solo la prueba de Papanicolaou cada 3 años, solo la prueba del VPH cada 5 años O BIEN la prueba de Papanicolaou con la prueba del VPH cada 5 años.	De los 30 a los 65 años: Solo la prueba de Papanicolaou cada 3 años, solo la prueba del VPH cada 5 años O BIEN la prueba de Papanicolaou con la prueba del VPH cada 5 años.	Ninguna si se hizo pruebas con regularidad antes de los 65 años y no tiene un riesgo alto.
Evaluación de riesgos de BRCA y asesoría o prueba genética	Su doctor puede preguntarle sobre el historial de cáncer en su familia y podría recomendar pruebas genéticas adicionales.		
	Su doctor puede pedirle pruebas de marcadores biológicos (genéticas) para diagnosticar, tratar o administrar su cuidado. La Alianza garantiza que las pruebas de marcadores biológicos (genéticas) estén autorizadas de modo que se limiten las interrupciones en el cuidado.		
Medicinas preventivas: cáncer de seno	Su doctor puede ofrecerle medicinas para reducir el riesgo de sufrir cáncer de seno si tiene 35 años o más y tiene un mayor riesgo de contraer cáncer de seno.		
Salud de los huesos		Las mujeres en la posmenopausia menores de 65 años deberían revisarse.	Se recomienda la prueba de detección.
Ácido fólico	Todas las mujeres que planean o pueden embarazarse toman un suplemento diario que contiene de 0.4 a 0.8 mg (de 400 a 800 µg) de ácido fólico.		

Prueba de detección de clamidia, gonorrea y sífilis: mujeres sexualmente activas	Cada año, entre los 12 y 24 años si es sexualmente activa. A partir de los 25 años solo si tiene un riesgo alto, incluso si está embarazada.	Solamente si está en riesgo, especialmente si está embarazada.	A partir de los 65 años si tiene riesgo.
Prueba de detección de violencia de pareja	Su doctor deberá preguntar sobre la posibilidad de que sufra violencia de pareja.		
Solo para pacientes embarazadas			
Prueba	**Recomendaciones**		
Prueba de bacteriuria	Se revisará su orina para la detección de bacterias a las 12 a 16 semanas de gestación o en la primera visita prenatal, si es después.		
Detección de preeclampsia	Su doctor controlará su presión arterial para detectar preeclampsia durante su embarazo. La preeclampsia es una complicación del embarazo que se caracteriza por niveles altos de presión arterial.		
Prueba de detección de hepatitis B	Se recomienda encarecidamente que usted se haga una prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B en su primera visita prenatal.		
Depresión prenatal	Su doctor le proporcionará o la referirá a intervenciones de consejería si se encuentra en riesgo de depresión.		
Prueba de detección de VIH	Sus doctores pueden realizarle pruebas de detección de VIH durante el cuidado prenatal y durante el trabajo de parto si su estado de VIH es desconocido.		
Prueba de detección de incompatibilidad Rh	Se recomienda la prueba de tipo de sangre Rh (D) y de anticuerpos para todas las mujeres embarazadas durante su primera visita relacionada con el cuidado del embarazo. La prueba se repite para anticuerpos Rh (D) para todas las mujeres Rh (D) negativo no sensibilizadas con 24 a 28 semanas de gestación, a menos que se sepa que el padre biológico es Rh (D) negativo.		
Intervenciones de lactancia materna	Su doctor le recomendará intervenciones durante el embarazo y después del nacimiento para apoyar la lactancia materna.		
Prueba de detección de diabetes mellitus gestacional	Su doctor recomendará una prueba para diabetes mellitus gestacional después de 24 semanas de gestación para mujeres sin síntomas.		

Medicinas preventivas: desarrollo saludable del bebé	Todas las mujeres que planean o pueden embarazarse deberían tomar un suplemento diario de ácido fólico. Consulte a su doctor sobre esta medicina.
Medicinas preventivas: control de la presión arterial	Su doctor podría recomendar tomar aspirina en dosis bajas después de las 12 semanas a las personas con alto riesgo de desarrollar preeclampsia.

Solo para pacientes hombres			
Prueba	**De 18 a 39 años**	**De 40 a 64 años**	**A partir de los 65 años**
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal: hombres			Prueba única para aneurisma aórtico abdominal por medio de ultrasonido en hombres de entre 65 y 75 años de edad que hayan fumado alguna vez.

Pautas de vacunación para adultos
En la siguiente lista se indica qué vacunas debe recibir según su edad. Algunas vacunas se aplican solo a las personas que tienen un “riesgo alto”. Las enfermedades crónicas, entre otras circunstancias de vida, hacen que algunas personas sean más propensas a contraer la enfermedad. Pregunte a su doctor qué vacunas debe aplicarse y cuándo debe hacerlo. Es posible que su doctor quiera que se aplique algunas vacunas con más frecuencia, según el riesgo que tenga.

Pautas de vacunación de rutina para adultos			
Vacuna/inyección	**De 19 a 49 años**	**De 50 a 64 años**	**A partir de los 65 años**
Influenza	1 dosis anual.		
Tétanos, difteria y tos ferina (Td y Tdap)	1 dosis de Tdap, y luego la Td o Tdap cada 10 años. Las mujeres embarazadas deben recibir la Tdap en cada embarazo.		
Neumococo (PCV15 y PP20)	Se recomienda a las personas con factores de riesgo para la salud.	Se recomienda a las personas con factores de riesgo para la salud.	Si no recibió vacunas previas o se desconoce el historial, se debe administrar una dosis de PCV15 o una dosis de

			PCV20. Si se administra la PCV15, debe ir seguida de una dosis de PPSV23 al menos un año después.
Sarampión, paperas y rubeola	1 o 2 dosis con una diferencia de al menos 1 mes entre cada una.	Hable con su doctor.	Hable con su doctor.
Hepatitis B (Hep B) Todos los adultos de entre 19 y 59 años	La dosis y el calendario dependen del tipo de vacuna.		
Hepatitis A (Hep A)	2 dosis con al menos 6 meses de diferencia si desea obtener protección contra la infección.		
Meningocócica ACWY	Se indica a las personas con problemas de salud o ciertas condiciones de vida. Una o dos dosis y luego un refuerzo cada 5 años si persiste el riesgo.		
Meningococo tipo B	2 o 3 dosis de MenB según el riesgo.		
Zóster		Se recomienda la vacuna recombinante contra el herpes zóster: 2 dosis, con una diferencia de al menos 2 meses entre cada una por periodo de vida, para aquellos que tienen 50 años o más.	
***Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)**	1 o 3 dosis de acuerdo con lo indicado.		
Virus del papiloma humano (VPH) Vacunación de rutina hasta los 26 años. Los adultos de 27 a 45 años pueden vacunarse según la recomendación de su doctor.	Se necesitan 3 dosis si no se ha vacunado antes. 2.ª dosis 2 meses después de la primera y la 3ª dosis 6 meses después de la primera dosis**.**		
Varicela	2 dosis de la vacuna administradas con un intervalo de 4 a 8 semanas si no hay un historial de enfermedad y usted nació en 1980 o después.		

Elegibilidad e inscripción

Para ser elegible para inscribirse, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Trabajar al menos la cantidad mínima de meses y horas al mes, según lo establecido por la Autoridad Pública de Servicios de Ayuda a Domicilio del Condado de Monterey, también conocida como la Autoridad Pública.
- Vivir o trabajar en el Condado de Monterey.
- No haber sido suspendido previamente por la Alianza por motivos de fraude, engaño o por no proporcionar información completa.
- Haber presentado a la Autoridad Pública la información requerida para la inscripción.
- Solicitar la inscripción cuando la Autoridad Pública tenga vacantes para agregar suscriptores al Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS.

Inscripción y fecha de entrada en vigor de la cobertura

La Autoridad Pública le informará cuando sea elegible para inscribirse al Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. Después de que se le notifique su elegibilidad, puede inscribirse enviando una solicitud de inscripción a la Autoridad Pública, a 1000 S. Main Street, Suite 211C, Salinas, CA 93901, dentro de los treinta (30) días.

Si envía su solicitud completa a la Autoridad Pública antes del quinto (5.º) día del mes, su cobertura comenzará el primer (1.er) día del mes siguiente. Si envía una solicitud completa después del día designado del mes en el que es elegible para presentar la solicitud, su cobertura no entrará en vigor sino hasta el primer (1.er) día del segundo mes después de la presentación de su solicitud ante la Autoridad Pública.

Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura

Un empleado puede inscribirse dentro de los noventa (90) días después de haber perdido otra cobertura presentando a la Autoridad Pública una solicitud de inscripción o cambio de inscripción en la forma acordada por la Autoridad Pública y el plan. El empleado que solicita la inscripción debe haber renunciado previamente a su cobertura cuando era originalmente elegible por contar con la otra cobertura, la continuación de otra cobertura debe haber expirado o el otro empleador debe haber dejado de hacer contribuciones a la otra cobertura y la pérdida de la cobertura no debe haber sido por falta de pago o causa. La fecha de entrada en vigor de una inscripción como resultado de la pérdida de otra cobertura no es posterior al primer (1.er) día del segundo (2.º) mes después de la fecha en que se presenta una inscripción o cambio de inscripción, siempre que haya vacantes para más suscriptores.

Inscripción abierta

La Autoridad Pública le notificará si hay un periodo de inscripción abierta y le informará la fecha.

Contribuciones de primas

Los miembros tienen derecho a la cobertura de cuidado de salud solo en el periodo durante el cual el plan recibió las primas correspondientes por parte de la Autoridad Pública.

Usted es responsable de pagar una contribución de prima mensual a la Autoridad Pública. La Autoridad Pública le informará el monto de la prima de la que es responsable y cómo y a dónde enviar el pago. Comuníquese con la Autoridad Pública llamando al **831-755-4466** para obtener información adicional sobre la elegibilidad, inscripción, primas y el inicio de la cobertura.

Matriz de beneficios cubiertos por Alliance Care para los IHSS

Esta matriz está diseñada para ayudarlo a comparar los beneficios cubiertos y es solo un resumen. Consulte la sección “Descripción de beneficios” para obtener una descripción detallada de los beneficios cubiertos y las limitaciones.

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
Servicios de hospital para pacientes internos	Habitación y comida, cuidado de enfermería y todos los servicios auxiliares médicamente necesarios.	Sin copago.
Servicios de hospital para pacientes externos	Servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos realizados en un hospital o centro para pacientes externos.	Sin copago, excepto: ▪ $10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla realizada de manera ambulatoria. ▪ $25 por consulta para servicios de cuidado de salud de emergencia (no se aplica si el miembro es hospitalizado).
Servicios profesionales	Servicios y consultas de un médico u otro proveedor de cuidado de salud con licencia.	$10 por consulta en la oficina del doctor o cita de telesalud, excepto: ▪ Los servicios profesionales para pacientes internos en el hospital no tienen copago. ▪ Las cirugías, anestesia, tratamientos de radioterapia,

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
		quimioterapia o diálisis no tienen copago. ▪ Las pruebas de visión pediátrica no tienen copago. ▪ Las pruebas de audición o de audífonos no tienen copago.
Servicio de salud preventivo	Exámenes de salud periódicos, incluidas todas las pruebas de diagnóstico de rutina, pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), servicios de laboratorio correspondientes a dichos exámenes, pruebas de detección de cáncer colorrectal, vacunas y servicios para la detección de enfermedades asintomáticas.	Sin copago.
Procedimiento de diagnóstico por rayos X y servicios de laboratorio	Servicios de laboratorio y servicios de radiología terapéuticos y de diagnóstico necesarios para evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente a los miembros.	Sin copago.
Cuidado de la diabetes	Equipos y suministros para el manejo y tratamiento de la diabetes con uso de insulina, la diabetes sin uso de insulina y la diabetes gestacional, según sea médicamente necesario, incluso si los artículos están disponibles sin receta médica.	$10 de copago por visita a la oficina del doctor; copagos para las medicinas, según se describe en la sección “Programa de medicinas recetadas” de este cuadro.
Programa de medicinas recetadas	Medicinas recetadas por un profesional con licencia.	$5 por receta médica para un suministro de 30 días de medicinas genéricas (Nivel 1 de medicinas), $15 por receta médica para un suministro de 30 días de medicinas de marca (Nivel 2 de

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
		medicinas). $5 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas diarias de medicinas genéricas (Nivel 1 de medicinas), $15 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas de marca (Nivel 2 de medicinas). Si el costo de la medicina es menor al del copago, el miembro pagará el costo más bajo. Las medicinas recetadas proporcionadas en un centro para pacientes internos no tienen copago. Las medicinas administradas en la oficina del doctor o en un centro para pacientes externos no tienen copago. Los anticonceptivos no tienen copagos. **montos de coseguro de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1367.656.*
Equipo médico duradero	Equipo médico apropiado para usar en el hogar que sirve principalmente para un propósito médico, está destinado para su uso continuo y, en general, no es útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión.	Sin copago.
Aparatos correctores y prótesis	Dispositivos originales y de reemplazo, según lo recetado por un profesional con licencia.	Sin copago.
Anteojos y lentes para cataratas	Anteojos y lentes para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan	Sin copago.

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
	al lente natural del ojo después de una cirugía de cataratas.	
Cuidado de maternidad	Servicios profesionales y de hospital relacionados con el cuidado de maternidad.	Sin copago.
Servicios de planificación familiar	Servicios voluntarios de planificación familiar. Medicinas y dispositivos anticonceptivos conforme al beneficio de medicinas recetadas del plan.	Sin copago.
Servicios de transporte médico	Ambulancia de emergencia, incluido el transporte en ambulancia aérea y el transporte que no sea de emergencia para transferir a un miembro de un hospital a otro, de un hospital a un centro, o bien para trasladarlo de un centro a su hogar.	Sin copago.
Servicios de cuidado de salud de emergencia	Los servicios de emergencia están cubiertos tanto dentro como fuera del área de servicio del plan, y dentro y fuera de los centros contratados por el plan.	$25 por consulta (no se aplica si el miembro es hospitalizado).
Servicios de cuidado de salud mental Servicios de salud mental para pacientes internos	Diagnóstico y tratamiento de una condición de salud mental. Cuidado de salud mental en un hospital contratado cuando un proveedor de salud mental participante ordena y realiza el tratamiento de una condición de salud mental.	Sin copago. Sin límite de días.
Servicios de cuidado de salud mental para pacientes externos	Cuidado de salud mental cuando un proveedor de salud mental participante lo ordena y realiza.	$10 por consulta. Sin límite de consultas.
Servicios para pacientes internos con trastornos relacionados con el uso de drogas	Servicios de tratamiento por abuso de drogas y servicios de tratamiento residencial para pacientes internos.	Sin copago. Sin límite de días.

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
Servicios para pacientes externos con trastornos relacionados con el uso de drogas	Intervención en casos de crisis y tratamiento de pacientes internos con condiciones por trastornos relacionados con el uso de drogas.	$10 por consulta. Sin límite de consultas.
Servicios de cuidado de salud en el hogar	Servicios proporcionados por el personal de cuidado de salud en el hogar.	Sin copago, excepto $10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla.
Cuidado de enfermería especializada	Servicios proporcionados en un centro de cuidado de enfermería especializado con licencia.	Sin copago. El beneficio está limitado a un máximo de 100 días por año de beneficio.
Terapia de rehabilitación (física, ocupacional y del habla)	La terapia puede proporcionarse en la oficina del doctor o en otro centro para pacientes externos.	$10 por consulta cuando se realiza en un centro para pacientes externos. Sin copago por terapia como paciente interno.
Sangre y productos hemoderivados	Incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos hemoderivados en centros para pacientes internos y externos.	Sin copago.
Trasplantes de órganos	Cobertura para trasplante de órganos y trasplante de médula ósea que no sean experimentales o de investigación.	Sin copago.
Cirugía reconstructiva	Realizada en estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedad y que se realiza para mejorar la función o crear una apariencia normal.	Sin copago.
Fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés)	Prueba y tratamiento de la PKU.	Sin copago.
Pruebas clínicas para cáncer	Cobertura de la participación de un miembro en una prueba clínica para cáncer, de la Fase I a la Fase IV, cuando el médico del miembro haya	$10 de copago por visita a la oficina del doctor. Copago para medicinas según se describe en la

Beneficios*	Servicios	Costo para el miembro (copago)
	recomendado la participación en la prueba y el miembro cumpla ciertos requisitos.	sección “Programa de medicinas recetadas”.
Acupuntura	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	$10 por consulta. El beneficio está limitado a 20 consultas por año de beneficio.
Quiropráctico	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	$10 por consulta. El beneficio está limitado a 20 consultas por año de beneficio.
Retro-alimentación biológica	Se requiere una referencia del PCP del miembro y una autorización previa de la Alianza. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.	$10 por consulta.
Deducibles	No se cobrarán deducibles por beneficios cubiertos.	
Máximo de por vida	Este plan no aplica límites máximos de por vida en los beneficios.	
Copago máximo anual	$3,000 por año de beneficio.	

Los beneficios solo se proporcionan por servicios que sean médicamente necesarios.

Descripción de los beneficios

Acupuntura

Costo para el miembro
$10 por consulta

Descripción
Los servicios de acupuntura requieren una referencia del proveedor de cuidado primario del miembro y una autorización previa del plan. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.

Limitaciones
El tratamiento está limitado a un máximo de veinte (20) consultas por año de beneficio.

Cuidado del asma

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Se puede desarrollar asma a cualquier edad. El asma dificulta la respiración. Afortunadamente, la mayoría de las personas pueden aprender a controlar su asma y mantenerse sanos. Trabaje con su doctor para crear un plan de acción contra el asma.

Cubrimos las clases para los miembros con asma. Aprenderá:

- qué es el asma y cómo controlarlo;
- cómo evitar las cosas que provocan ataques de asma;
- cómo usar las medicinas de la mejor manera.

Llámenos al **(800) 700-3874 ext. 5580** para encontrar una clase cerca de usted.
No necesita una referencia de su PCP.

Retro-alimentación biológica

Costo para el miembro
$10 por consulta

Descripción
La retro-alimentación biológica se cubre si es médicamente necesaria. Debe tener una referencia de su PCP y una autorización previa del plan antes de recibir estos servicios. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.

Sangre y productos hemoderivados

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
El beneficio incluye el procesamiento, almacenamiento y administración de sangre y productos hemoderivados en centros para pacientes internos y externos. También incluye la recolección y almacenamiento de sangre autóloga cuando sea médicamente necesario.

Lactancia materna: Suministros y educación

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
¡Amamantar es bueno tanto para la madre como para el niño! La leche materna mantiene sano al bebé. Además, es más barata que la fórmula para bebés. Nosotros cubrimos la educación para mostrarle cómo amamantar con comodidad. También

pagaremos los sacaleches y suministros cuando sean médicamente necesarios. Llame al **800-700-3874 ext. 5580** para obtener más información.

Anteojos y lentes para cataratas

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Cobertura para los anteojos y lentes para cataratas, lentes de contacto para cataratas o lentes intraoculares que reemplazan el lente natural del ojo después de la cirugía de cataratas. Los beneficios también incluyen un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales, si es necesario, después de la cirugía de cataratas con inserción de un lente intraocular.

Servicios quiroprácticos

Costo para el miembro
$10 por consulta

Descripción
Cobertura de servicios quiroprácticos para las afecciones neuromusculares que demostraron responder a ese tratamiento. Debe tener una referencia de su proveedor de cuidado primario y el plan debe autorizar el tratamiento. Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio.

Limitaciones
El tratamiento está limitado a un máximo de veinte (20) consultas por año de beneficio.

Pruebas clínicas para cáncer

Costo para el miembro
$10 de copago por visita a la oficina del doctor; copagos para las medicinas, según se describe en la sección “Programa de medicinas recetadas”.

Descripción
Cobertura de la participación de un miembro en una prueba clínica para cáncer, de la Fase I a la Fase IV, cuando el médico del miembro haya recomendado la participación en la prueba y el miembro cumpla los siguientes requisitos:

- El miembro debe tener un diagnóstico de cáncer.
- El miembro debe ser aceptado para la Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV de la prueba clínica para cáncer.
- El médico tratante del miembro, que proporciona los servicios cubiertos, debe recomendar la participación en la prueba clínica después de determinar que la participación tendrá un potencial significativo para el miembro, y la prueba debe cumplir los siguientes requisitos:
- Las pruebas deben tener un propósito terapéutico con documentación provista por el médico tratante.

- El tratamiento proporcionado debe estar aprobado por una de las siguientes entidades: 1) los Institutos Nacionales de Salud, la Administración de Medicamentos y Alimentos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o la Administración de Veteranos de los Estados Unidos; o debe 2) involucrar una medicina que esté exenta, de acuerdo con reglamentos federales relacionados con la aplicación de una medicina nueva.

Los beneficios incluyen el pago de los costos asociados con la prestación del cuidado de rutina del paciente, incluidas las medicinas, los artículos, los dispositivos y los servicios que estarían cubiertos de otra manera si no se proporcionaran en relación con un programa de prueba clínica aprobada. Los costos de rutina del paciente para las pruebas clínicas para cáncer incluyen:

- servicios de cuidado de salud requeridos para la administración de la medicina, artículo, dispositivo o servicio en etapa de investigación;
- servicios de cuidado de salud requeridos para el monitoreo clínico adecuado de la medicina, artículo, dispositivo o servicio en etapa de investigación;
- servicios de cuidado de salud proporcionados para la prevención de complicaciones que surjan de la administración de la medicina, artículo, dispositivo o servicio en etapa de investigación;
- servicios de cuidado de salud necesarios para el cuidado razonable y necesario que surja de la administración de la medicina, artículo, dispositivo o servicio en etapa de investigación; incluido el diagnóstico o tratamiento de las complicaciones.

Exclusiones

- Suministro de medicinas o dispositivos que no estén aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y que sean el sujeto de la prueba.
- Servicios que no sean servicios de cuidado de salud, como viajes, alojamiento y otros gastos no clínicos en los que un miembro puede incurrir debido a su participación en la prueba.
- Cualquier artículo o servicio que se proporcione únicamente con el fin de recopilar datos y abordar las necesidades de análisis y que no se use en el manejo clínico del paciente.
- Servicios de cuidado de salud que de otro modo no son un beneficio (distintos de los excluidos por estar en etapa de investigación o experimental).
- Servicios de cuidado de salud que generalmente son proporcionados por los patrocinadores de la investigación, sin costo para los miembros que participan en la prueba.

Es posible que se restrinja la cobertura de las pruebas clínicas a hospitales y médicos contratados en California, a menos que el protocolo de la prueba no se proporcione en California.

Cuidado de la diabetes

Costo para el miembro
$10 de copago por visita a la oficina del doctor.
Copagos para las medicinas, según se describe en la sección “Programa de medicinas recetadas”.

Descripción
Equipos y suministros para el manejo y tratamiento de la diabetes con uso de insulina, la diabetes sin uso de insulina y la diabetes gestacional, según sea médicamente necesario, incluso si los artículos están disponibles sin receta médica, entre los que se incluyen:

- monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas para la glucosa en sangre
- monitores de glucosa en sangre diseñados para asistir a las personas con discapacidad visual
- bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios
- tiras reactivas de cetona en orina
- lancetas y dispositivos de punción de las lancetas
- sistemas de entrega de plumas para la administración de insulina
- servicios de podiatría para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- jeringas para insulina
- ayudas visuales, excluidos los anteojos, para asistir a las personas con discapacidad visual con la dosis adecuada de insulina
- insulina
- medicinas recetadas para el tratamiento de la diabetes
- glucagón

La cobertura también incluye capacitación de autogestión para pacientes externos, educación y terapia de nutrición médica necesaria para permitir que el miembro use adecuadamente el equipo, los suministros y las medicinas, y lo haga según lo indicado por su PCP.

Procedimiento de diagnóstico por rayos X y servicios de laboratorio

Costo para el miembro
Sin copago.
Los miembros deben recibir los servicios en un laboratorio contratado, excepto para servicios de emergencias.

Descripción
Servicios de laboratorio de diagnóstico y servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento de forma adecuada al cuidado de los miembros. El beneficio incluye otros servicios de diagnóstico, entre los cuales se pueden mencionar:

- electrocardiografía, electroencefalografía y mamografía para detección o diagnóstico
- pruebas de laboratorio apropiadas para el control de la diabetes, que incluyen como mínimo: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, lipoproteínas de alta densidad (HDL, por sus siglas en

inglés)/lipoproteínas de baja densidad (LDL, por sus siglas en inglés) y hemoglobina A-1C (glicohemoglobina)

Servicios de doulas

Costo para el miembro
Sin copago.

Los servicios de doulas se proporcionan como servicios preventivos en conformidad con el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations; CFR, por sus siglas en inglés) Sección 440.130(c) y deben ser recomendados por un médico u otro profesional certificado en ciencias de la salud dentro del alcance de su práctica conforme a la ley estatal. Los servicios de doulas no requieren autorización previa.

Descripción
La Ailanza cubre servicios de doula para miembros que estén embarazadas o estuvieron embarazadas el año pasado cuando lo recomienda un médico o un profesional certificado. La Alianza no cubre todos los servicios de doula. Las doulas son trabajadoras de parto que proporcionan educación y recomendaciones de salud, así como apoyo físico, emocional y no médico, a personas embarazadas y en la etapa del posparto antes, durante y después del nacimiento del bebé, incluido el apoyo durante un aborto espontáneo, parto de un feto muerto y aborto.

Equipo médico duradero

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Equipo médico apropiado para usar en el hogar que:

- Tenga principalmente un propósito médico.
- Esté destinado a usarse repetidas veces.
- Por lo general, no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión.

El plan puede determinar si corresponde alquilar o comprar el equipo estándar. La reparación o el reemplazo del equipo tiene cobertura, a menos que sea necesario por mal uso o pérdida. El equipo médico duradero incluye, entre otros:

- oxígeno y equipo de oxígeno
- monitores de glucosa en sangre y monitores de glucosa en sangre para las personas con discapacidad visual, según sea médicamente necesario para los dependientes de insulina, los no dependientes de insulina y las mujeres con diabetes gestacional
- bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios
- ayudas visuales, excluidos los anteojos, para asistir a las personas con discapacidad visual con la dosis adecuada de insulina
- monitores de apnea
- dispositivos de podiatría para prevenir o tratar complicaciones de la diabetes
- dispositivos Pulmo Aide y suministros relacionados

- máquinas nebulizadoras, mascarillas, tubos y suministros relacionados, dispositivos espaciadores para inhaladores de dosis medidas y medidores de flujo máximo y educación para permitir que el miembro use los dispositivos correctamente
- bolsas para ostomía, catéteres urinarios y suministros

Exclusiones

- comodidades o artículos de conveniencia
- suministros desechables, excepto las bolsas de ostomía, catéteres urinarios y suministros compatibles con los requisitos de cobertura de Medicare
- equipo para ejercicio e higiene
- equipo experimental o de investigación
- dispositivos que no son de naturaleza médica, como baños sauna y elevadores o modificaciones al hogar o automóvil
- equipo de lujo
- más de una pieza de equipo que sirva para la misma función
- anteojos (excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de la cirugía de cataratas)

Servicios de cuidado de salud de emergencia

Costo para el miembro

$25 por consulta.
El copago no se aplica si el miembro es hospitalizado.

Descripción

Se cubre el cuidado las 24 horas para una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es una condición con dolor agudo o una lesión grave. Las emergencias médicas son tan graves que, si no se atienden de inmediato, pueden ocasionar:

Un riesgo grave para su salud.
Un daño grave a las funciones corporales.
Una disfunción grave en algún órgano o parte del cuerpo.
En caso de las mujeres embarazadas en labor de parto activa, cuando ocurriera que:

No hay tiempo suficiente para trasladar de manera segura a la mujer a otro hospital antes del parto.

El traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la madre o del niño en gestación.

Condiciones psiquiátricas.

La cobertura se proporciona dentro y fuera del área de servicio del plan y en centros contratados y no contratados.

Servicios de planificación familiar

Costo para el miembro

Sin copago.

Descripción
Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio. Los servicios voluntarios de planificación familiar están cubiertos, incluidos:

- Visitas a la oficina del doctor incluidos los servicios de laboratorio y rayos X y las pruebas de embarazo.
- Consejería y procedimientos quirúrgicos de esterilización, según lo permitido por la ley federal y estatal.
- Diafragmas y cobertura para medicinas y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos, de acuerdo con el beneficio de medicinas recetadas incluida la cobertura para anticonceptivos de emergencia (también conocidos como la pastilla del día siguiente). Puede obtener anticonceptivos de emergencia de cualquier farmacéutico o proveedor con licencia para distribuirlos, con o sin receta médica. Consulte la sección “Beneficio de medicinas recetadas” para obtener más información.
- Servicios de aborto para personas que forman parte de los pacientes externos, incluidos servicios previos al aborto y de seguimiento sin autorización previa. Consulte la sección “Definiciones” de este documento para obtener una explicación del término “aborto”.
- Tratamiento de condiciones médicas del sistema reproductivo.
- Los servicios estándares de la conservación de la fertilidad están cubiertos como servicios de salud básicos, cuando un tratamiento cubierto pueda causar directa o indirectamente la infertilidad iatrogénica. Consulte la sección de “Definiciones” en este documento para obtener una explicación del término “infertilidad iatrogénica”.

Nota: Algunos hospitales y otros proveedores no proporcionan uno o más de los siguientes servicios: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto; tratamientos de la infertilidad o aborto.

Llame a su futuro doctor, grupo médico, asociación de práctica independiente, clínica o plan al **800-700-3874** para asegurarse de que pueda obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

Educación de salud

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
El beneficio incluye servicios de educación de salud, incluso educación sobre la conducta de salud personal y el cuidado de salud, y recomendaciones sobre el uso óptimo de los servicios de cuidado de salud proporcionados por el plan u organizaciones de cuidado de salud afiliadas al plan.

Deseamos que esté lo más sano posible. Cuando usted sabe cómo cuidar de su propio cuerpo, toma decisiones saludables. Cuando toma decisiones saludables, su salud mejora y se siente mejor.

Trabajar junto con su proveedor es la clave para recibir cuidado de salud de calidad. Es posible que su PCP le pida que haga cambios en su vida. Tal vez deba dejar de fumar. Su PCP también podría sugerirle que lleve una dieta más saludable y que haga ejercicio. Es posible que necesite reducir su nivel de estrés.

El plan puede ayudarle. Llame a nuestros educadores de salud al **800-700-3874 ext. 5580**. Hablan inglés y español.

- Podemos enviarle folletos sobre muchos temas relacionados con la salud.
- Podemos informarle acerca de clases y grupos de apoyo sobre la salud.
- También podemos informarle acerca de nuestras clases especiales sobre el asma, la diabetes o cómo dejar de fumar.

También debería preguntarle a su doctor acerca de programas de educación de salud para atender sus necesidades.

Como miembro de la Alianza, usted recibirá el boletín “Living Healthy” (Vida saludable) cuatro veces al año. Los artículos dan consejos sobre cómo mantenerse sano. El boletín también contiene información acerca de las clases sobre la salud y otros servicios.

Servicios de cuidado de salud en el hogar

Costo para el miembro
Sin copago, excepto $10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla realizada en el hogar.

Descripción
Los servicios de salud proporcionados en casa por el personal de cuidado de salud. El beneficio incluye:

- visitas de enfermeras certificadas (RN, por sus siglas en inglés), enfermeras vocacionales certificadas (LVN, por sus siglas en inglés) y auxiliares de salud en el hogar certificados junto con el servicio de una enfermera certificada o una enfermera vocacional certificada
- terapia física, ocupacional o del habla
- terapia respiratoria cuando la receta un proveedor del plan con licencia que ejerce su profesión dentro del alcance de su licencia

Limitaciones
Los servicios de cuidado de salud en el hogar se limitan a aquellos recetados o indicados por el proveedor de cuidado primario del miembro u otra autoridad apropiada designada por el plan.

Si se puede proporcionar un servicio de salud básico en más de un entorno médicamente apropiado, la decisión queda a criterio del PCP del miembro. El plan ejercerá el manejo de casos médicos de manera prudente para garantizar que se proporcione el cuidado apropiado en el entorno adecuado.

Exclusiones

- cuidado de apoyo

- servicios para su cuidado personal, como ayuda para caminar, bañarse, vestirse, alimentarse o preparar la comida
- terapia física y rehabilitación a largo plazo para condiciones crónicas

Servicios de hospital: Pacientes internos

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Servicios de hospital en general que se brindan en una habitación para dos o más personas, que incluye muebles y equipos habituales, comidas (incluidas dietas especiales según sea médicamente necesario) y cuidado de enfermería general.
El beneficio incluye todos los servicios auxiliares médicamente necesarios, incluidos, entre otros:

- el uso del quirófano e instalaciones relacionadas
- unidad y servicios de cuidados intensivos
- drogas, medicinas y productos biológicos
- anestesia y oxígeno
- servicios de diagnóstico, laboratorio y rayos x
- servicio especial de enfermería según sea médicamente necesario
- terapia física, ocupacional o del habla
- terapia respiratoria
- administración de sangre y productos hemoderivados
- otros servicios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación
- planificación de alta coordinada, incluida la planificación de dicho cuidado continuo, según sea necesario

Incluye cobertura para anestesia general y cargos asociados del centro en relación con procedimientos dentales, cuando la hospitalización es necesaria debido a una condición médica subyacente o estado clínico, o debido a la gravedad del procedimiento dental.

Este beneficio solo está disponible para miembros menores de siete (7) años; personas con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; y miembros cuya salud esté comprometida y la anestesia general sea médicamente necesaria, independientemente de la edad. El plan coordinará los servicios con el plan dental del miembro.

Exclusiones
No se incluyen los artículos personales ni las comodidades ni una habitación privada del hospital a menos que sean médicamente necesarios. No se incluyen los servicios de dentistas o cirujanos bucales para los procedimientos dentales.

Servicios de hospital: Pacientes externos

Costo para el miembro
Sin copago, excepto:

- $10 por consulta por terapia física, ocupacional y del habla realizada de manera ambulatoria.
- $25 por consulta para servicios de cuidado de salud de emergencia que no se aplican si el miembro es hospitalizado.

Descripción
Servicios de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos realizados en un hospital o centro para pacientes externos, incluidos:

- terapia física, ocupacional o del habla, según sea apropiado
- servicios de hospital que se puedan proporcionar razonablemente de manera ambulatoria
- servicios y suministros relacionados con los servicios para pacientes externos que incluyen quirófano, sala de tratamiento, servicios auxiliares y medicinas suministradas por el hospital o centro para su uso durante la estancia del miembro en el centro

Anestesia general y cargos del centro asociados y servicios para pacientes externos en relación con los procedimientos dentales cuando se requiera el uso de un hospital o centro de cirugía debido a una condición médica subyacente o estado clínico, o debido a la gravedad del procedimiento dental. Este beneficio solo está disponible para miembros menores de siete (7) años; personas con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; y miembros cuya salud esté comprometida y la anestesia general sea médicamente necesaria, independientemente de la edad. El plan coordinará los servicios con el plan dental participante del miembro.

Exclusiones
No se incluyen los servicios de dentistas o cirujanos bucales para los procedimientos dentales.

Hospicio

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
El beneficio de hospicio se proporciona a los miembros a quienes se les diagnosticó una enfermedad terminal y tienen una expectativa de vida de doce (12) meses o menos y que eligen cuidados de hospicio para dicha enfermedad en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por el plan. Este beneficio incluye:

- cuidado de enfermería
- servicios sociales médicos
- servicios de auxiliares de salud en el hogar
- servicios médicos, medicinas, suministros y dispositivos médicos
- servicios de consejería y duelo
- terapia física, ocupacional y del habla para controlar los síntomas o mantener las actividades de la vida diaria y las habilidades funcionales básicas
- cuidado como paciente interno a corto plazo
- control del dolor y manejo de los síntomas

La elección del servicio de hospicio se puede revocar en cualquier momento.

Limitaciones
Los miembros que eligen el cuidado de hospicio no tienen derecho a recibir ningún otro beneficio del plan para la enfermedad terminal mientras esté vigente la elección del servicio de hospicio.

Cuidado de maternidad

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Los servicios deben ser brindados por un proveedor contratado del área de servicio. Se cubren los servicios profesionales y de hospital médicamente necesarios relacionados con el cuidado de maternidad, entre los que se incluyen:

- Cuidado prenatal y posparto, incluidas las complicaciones del embarazo.
- Exámenes del recién nacido y cuidados de neonatología durante los primeros treinta (30) días de vida.
- La cobertura incluye la participación en el programa de pruebas prenatales a nivel estatal administrado por el Departamento de Servicios de Salud del estado conocido como Expanded Alpha Feto Protein Program (Programa Ampliado de Alfa-fetoproteínas).
- El diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos de diagnóstico en casos de embarazo de alto riesgo.
- Consejería de nutrición, educación de salud y necesidades de apoyo social.
- Servicios de doulas
- Cuidados durante el trabajo de parto y el parto, incluidos los servicios de parteras.

Los cuidados de hospital para pacientes internos se proporcionarán durante cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal normal y noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea, a menos que el plan autorice una estancia prolongada. No necesita autorización específica para permanecer en el hospital cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o noventa y seis (96) horas después de una cesárea y puede permanecer en el hospital durante estos periodos de tiempo a menos que usted y su doctor decidan lo contrario. Después de consultarlo con usted, su doctor podría decidir darle de alta antes del periodo de cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas. El plan cubrirá una visita de seguimiento después del alta hospitalaria dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta, cuando su doctor lo recete.

La visita incluye educación para padres, asistencia y capacitación sobre lactancia materna o alimentación con biberón, y la realización de cualquier evaluación física materna o neonatal necesaria. El doctor y usted decidirán si la visita posterior al alta médica se realizará en casa, en el hospital o en la oficina del doctor, según lo que sea más conveniente para usted.

Deberá visitar a su doctor seis (6) semanas después del nacimiento de su bebé. Este es un momento importante para que su doctor vea cómo va cambiando su cuerpo después del parto y asegurarse de que usted y su bebé estén bien. Unos cuantos días después del parto, llame a la oficina de su doctor para pedir una cita posparto.

Servicios de transporte médico

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
El transporte de emergencia en ambulancia, incluida la ambulancia aérea al primer hospital que acepte al miembro para brindarle cuidado de emergencia, está cubierto en relación con los servicios de emergencia. El beneficio incluye ambulancia y servicios de transporte en ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911. El beneficio también incluye el transporte que no sea de emergencia para transferir a un miembro de un hospital a otro, de un hospital a un centro, o bien para trasladarlo de un centro a su hogar, en las siguientes situaciones:

- si el transporte es médicamente necesario,
- si lo solicita un proveedor del plan; y
- si el plan lo autoriza con anticipación.

Exclusiones
Cobertura para el transporte público, incluido el transporte en avión, automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público.

Servicios de cuidado de salud mental: Pacientes internos

Los servicios de salud mental se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health (Carelon). Llame al **800-808-5796** para acceder a estos servicios. Infórmeles que usted es un miembro de la Alianza.

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Cuidado de salud mental en un hospital contratado cuando lo ordena y lleva a cabo un proveedor de salud mental participante. Diagnóstico y tratamiento de una condición de salud mental. Se requiere autorización previa. El centro o médico tratante debe llamar a Carelon para obtener la autorización previa. Profesionales apropiadamente calificados revisarán la solicitud y recopilarán la información clínica esencial y relevante que resulta necesaria para tomar una decisión.

Tratamiento de salud de la conducta para el trastorno generalizado del desarrollo (PDD, por sus siglas en inglés) o autismo. Servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis de conducta aplicado y de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o recuperan, en la medida de lo posible, el funcionamiento de un miembro que sufre un PDD o autismo, y que cumplen los requisitos que solicita la ley de California. Consulte la sección de “Definiciones” para obtener una descripción de los requisitos solicitados.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- tratamiento residencial para la salud mental
- terapia de salud de la conducta (BHT) para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo (PDD) o el autismo
- tratamiento de los trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés) de un niño
- tratamiento de una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés)
  Las enfermedades mentales graves incluyen, entre otras, las siguientes:
  a. esquizofrenia

b. trastorno esquizoafectivo
c. trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva)
d. trastorno depresivo mayor
e. trastorno de pánico
f. trastorno obsesivo compulsivo
g. trastorno generalizado del desarrollo, que incluye, entre otros, el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno disociativo de la infancia y el trastorno de Asperger
h. anorexia nerviosa
i. bulimia nerviosa

Limitaciones
Sin límite de días.

Servicios de cuidado de salud mental: Pacientes externos

Costo para el miembro
$10 por consulta

Descripción
Servicios de cuidado de salud mental cuando los solicita y lleva a cabo un proveedor de salud mental participante de manera ambulatoria. Algunos servicios requieren autorización previa.

Tratamiento de salud de la conducta para el trastorno generalizado del desarrollo (PDD) o el autismo. Servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis de conducta aplicado y de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o recuperan, en la medida de lo posible, el funcionamiento de un miembro que sufre un PDD o autismo, y que cumplen los requisitos que solicita la ley de California. Consulte la sección de “Definiciones” para obtener una descripción de los requisitos solicitados.

Las visitas a la oficina del doctor para consultas de consejería o manejo de medicinas no requieren autorización previa, pero el miembro o el proveedor deben notificar al personal de ingreso y de servicio al cliente de Carelon.

Para los servicios que no sean de rutina como los servicios de consejería extendida que duren más de 45 minutos, el tratamiento de salud de la conducta u otros servicios que no sean de rutina, el proveedor debe solicitar una autorización previa a Carelon. El proveedor solicitante puede ser el PCP de la Alianza del miembro o un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico o terapeuta apropiadamente autorizado o certificado. Profesionales apropiadamente calificados revisarán la solicitud y recopilarán la información clínica esencial y relevante necesaria para tomar una decisión, de acuerdo con todas las leyes y regulaciones aplicables.

Además de los servicios descritos anteriormente, los servicios cubiertos también incluyen:

- Tratamiento diurno para pacientes externos.
- Hospitalización parcial.

- Servicios del programa intensivo para pacientes externos (IOP, por sus siglas en inglés).
- Terapia de salud de la conducta (BHT) para el tratamiento del trastorno generalizado del desarrollo (PDD) o el autismo, incluyen terapias en el hogar.
- Tratamiento de los trastornos emocionales graves (SED) de un niño.
- Tratamiento de una enfermedad mental grave (SMI). Las enfermedades mentales graves incluyen, entre otras, las siguientes:
    - esquizofrenia
    - trastorno esquizoafectivo
    - trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva)
    - trastorno depresivo mayor
    - trastorno de pánico
    - trastorno obsesivo compulsivo
    - trastorno generalizado del desarrollo, que incluye, entre otros, el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno disociativo de la infancia y el trastorno de Asperger
    - anorexia nerviosa
    - bulimia nerviosa

Limitaciones
Sin límite de consultas.

Nutrición y peso

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Comer mejor puede ayudarle a mantenerse sano. Llámenos para obtener un folleto gratuito sobre alimentación saludable. Pregúntenos acerca de los programas de ejercicios y pérdida de peso gratuitos o de bajo costo en su área.

Trasplante de órganos

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Los beneficios incluyen cobertura para trasplantes de órganos y de médula ósea médicamente necesarios cuando no son experimentales o de investigación. Este beneficio incluye:

- Gastos médicos y de hospital médicamente necesarios de un donante o una persona identificada como posible donante, si estos gastos están directamente relacionados con el trasplante de un miembro.
- Pruebas a los familiares de un miembro para determinar la compatibilidad para el trasplante de médula ósea.
- Búsqueda y pruebas para donantes de médula ósea no relacionados a través de un registro de donantes reconocido.

- Los cargos asociados con la obtención de órganos de donantes a través de un banco de trasplantes de donantes reconocido están cubiertos si los gastos están directamente relacionados con el trasplante anticipado del miembro.

Si el plan rechaza su trasplante de órgano porque se determina que el servicio es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre el proceso de IMR, consulte la sección sobre quejas de este documento llamada "Proceso de quejas".

Aparatos correctores y prótesis

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Los beneficios de los aparatos correctores y prótesis incluyen dispositivos originales y de reemplazo que sean médicamente necesarios, recetados por un proveedor contratado, autorizados por el plan y proporcionados por un proveedor contratado. Este beneficio incluye, entre otros:

- Calzado necesario para las personas que sufren desfiguración del pie que impide el uso de calzado convencional estándar en condiciones como parálisis cerebral, artritis, poliomielitis, espina bífida, diabetes y discapacidad del desarrollo.
- Una parte del cuerpo artificial, como una pierna o una mano, que ayuda a una persona a verse o funcionar de la manera más normal posible.
- Un seno artificial o una reconstrucción de los senos después de una mastectomía para recobrar la simetría.
- Una laringe artificial para recuperar el habla después de una laringectomía (cirugía de laringe).
- Se proporcionan reparaciones a menos que sean causadas por mal uso o pérdida. El Plan, a su elección, puede reemplazar o reparar un artículo.

Los artículos cubiertos deben ser recetados por un médico, autorizados por el plan, y proporcionados por un proveedor del plan. Se realizan reparaciones a menos que sean necesarias por mal uso o pérdida. El plan, a su elección, puede reemplazar o reparar un artículo.

Exclusiones

- calzado correctivo, plantillas y soportes para el arco, que se pueden comprar sin receta médica, incluso si los receta un médico
- suministros para el tratamiento de callos y callosidades
- dispositivos no rígidos, como soportes elásticos para las rodillas, corsés y medias elásticas
- dispositivos dentales
- dispositivos duplicados para la misma condición
- el costo de reparación de aparatos de corrección que usted dañe o pierda

Fenilcetonuria (PKU)

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Pruebas y tratamiento de la fenilcetonuria (PKU), incluidas las fórmulas y los productos alimenticios especiales que son parte de una dieta recetada por un médico con licencia y que son administrados por un profesional de cuidado de salud en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de enfermedades metabólicas y que participa en el plan o que está autorizado por el plan, siempre y cuando la dieta se considere médicamente necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la PKU.

Programa de medicinas recetadas

Costo para el miembro

- Las medicinas recetadas proporcionadas en un centro para pacientes internos no tienen copago.
- Las medicinas administradas en la oficina del doctor o en un centro para pacientes externos, mientras dure la estancia del miembro en el centro, no tienen copago.
- $5 por receta médica para un suministro de hasta 30 días para medicinas genéricas, y $15 por receta médica por un suministro de hasta 30 días para medicinas de marca, incluidas las medicinas para dejar de fumar.
- $5 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas diarias* en cuanto a medicinas genéricas, y $15 por receta médica para un suministro de 90 días de medicinas diarias* en cuanto a medicinas de marca proporcionadas a través de las farmacias contratadas del plan.
- Si el costo del medicamento es menor al del copago, usted pagará el costo real del medicamento. Esto contará para el monto de su copago máximo anual.
- Los anticonceptivos no tienen copagos. Puede obtener un suministro para 12 meses de píldoras anticonceptivas, parches y anillos vaginales.

Nivel	Copago	Descripción
Nivel 1	**$5.00 ***	**medicinas genéricas y medicamentos de especialidad genéricos**
Nivel 2	**$15.00 ***	**medicinas de marca y medicamentos de especialidad de marca**

**montos de coseguro de conformidad con el Código de Salud y Seguridad 1367.656*.

Las medicinas diarias son medicinas que se recetan por sesenta (60) días o más y por lo general, se recetan para condiciones crónicas como enfermedad cardiaca, diabetes o hipertensión.

Descripción

Medicinas médicamente necesarias cuando las receta un médico con licencia que ejerce su profesión dentro del alcance de su licencia. Se incluyen, entre otras:

- Medicinas inyectables, agujas y jeringas necesarias para la autoadministración de la medicina inyectable con cobertura.
- Insulina, glucagón, jeringas y agujas y sistemas de entrega de plumas para la administración de insulina.
- Tiras de prueba de glucosa en sangre, tiras de prueba de cetona en orina, lancetas y dispositivos de punción de las lancetas en cantidades médicamente apropiadas para el monitoreo y tratamiento de las personas dependientes de insulina, los no dependientes de insulina y las mujeres con diabetes gestacional.
- Dispositivos desechables que son necesarios para la administración de medicinas cubiertas, como espaciadores e inhaladores para la administración de medicinas recetadas en aerosol y jeringas para medicinas recetadas autoinyectables de manera ambulatoria que no se proporcionan en jeringas precargadas. El término “desechable” incluye dispositivos que podrían usarse más de una vez antes de desecharse.
- Vitaminas prenatales y suplementos de fluoruro incluidos con las vitaminas o independientes de las vitaminas que requieren receta médica.
- Medicinas médicamente necesarias administradas mientras un miembro es paciente o residente de un hogar de reposo, un hogar para personas de la tercera edad, un hospital de convalecencia o un centro similar cuando lo recete un médico contratado en relación con un servicio cubierto y se obtenga mediante una farmacia contratada.
- Un ciclo o tratamiento de medicinas para dejar de fumar por año de beneficio.
- Las medicinas anticonceptivas orales e inyectables aprobadas por la FDA y los dispositivos anticonceptivos recetados están cubiertos, incluidos los anticonceptivos de liberación prolongada implantados.

Para obtener información sobre la cobertura de medicinas cubiertas del plan, consulte la sección de este documento llamada “Cómo obtener beneficios de farmacia”.

Exclusiones

- Medicinas o medicamentos recetados únicamente con fines cosméticos.
- Medicinas o medicamentos recetadas únicamente para el tratamiento de la pérdida de cabello, la disfunción sexual, el desempeño mental, el desempeño atlético o el antienvejecimiento con fines cosméticos.
- Medicinas recetadas por proveedores no contratados para procedimientos no cubiertos y que no están autorizadas por el plan o un proveedor del plan, excepto cuando se requiere cobertura en el contexto de los servicios de emergencia.
- La mayoría de las medicinas patentadas o de venta sin receta, incluso si las receta su doctor.
- Medicinas que no requieren una receta por escrito (excepto la insulina y las medicinas para dejar de fumar, como se describió anteriormente).

- Suplementos dietarios (excepto fórmulas o productos alimenticios especiales para tratar la fenilcetonuria o PKU), supresores del apetito o cualquier otra medicina o medicamento para la dieta, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Medicinas experimentales o de investigación.

Si el plan rechaza su solicitud de medicinas recetadas porque se determina que la medicina es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Para obtener información sobre la IMR, consulte la sección de este documento llamada, “Proceso de quejas”.

Farmacia con pedidos por correo
También puede recibir medicinas por correo a través de Birdi. Lo pedidos por correo de medicinas recetadas ofrecen una opción cómoda si no le es posible ir a farmacias minoristas.
Para obtener más información sobre los pedidos por correo, visite nuestro sitio web en: https://thealliance.health/for-members/get-care/prescription-drugs-and-pharmacy-benefits/

Servicio de salud preventivo

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Exámenes anuales de salud, incluidas todas las pruebas de diagnóstico de rutina y los servicios de laboratorio correspondientes a dichos exámenes. Vacunas para adultos según lo recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés). Vacunas como la de la hepatitis B y las antineumocócicas.

Los servicios preventivos también incluyen servicios para la detección de enfermedades asintomáticas, que incluyen, entre otros:
- Distintos servicios voluntarios de planificación familiar.
- Servicios anticonceptivos.
- Cuidado prenatal.
- Pruebas de visión y audición.
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluidos los kits de pruebas caseras de ETS aprobados por la FDA y los costos de procesamiento del laboratorio asociados, cuando sean médicamente necesarios y ordenados por un proveedor dentro de la red.
- Pruebas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Exámenes de buena salud de la mujer (examen pélvico, prueba de Papanicolaou y examen de senos) y cualquier otro servicio ginecológico de su PCP o un proveedor de obstetricia y ginecología contratado que esté dentro del área de servicio.
- Pruebas de detección de cáncer médicamente aceptadas, entre las que se incluyen pruebas de detección de cáncer de seno y cervical, que también deben incluir la prueba de Papanicolaou habitual, la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) aprobada por la

Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), y la opción de cualquier prueba de detección de cáncer cervical aprobada por la FDA.
    - La prueba de detección de cáncer colorrectal se recomienda de forma rutinaria para los adultos de 50 a 75 años. Es posible que el doctor recomiende a otros adultos de 45 a 49 años que se hagan la prueba.
        - La colonoscopia requerida por un resultado positivo en una prueba o procedimiento, que no sea una colonoscopia, también se proporcionará sin costo compartido.
    - Servicios eficaces de educación de salud, incluida educación sobre la conducta de salud personal y el cuidado de salud, y recomendaciones sobre el uso óptimo de los servicios de cuidado de salud proporcionados por el plan u organizaciones de cuidado de salud afiliadas al plan.

Exclusiones

- Servicios preventivos relacionados con viajes y exámenes físicos de rutina requeridos para la licencia, el empleo, el seguro; las actividades recreativas o de organización no están cubiertas, a menos que el examen corresponda al programa de exámenes físicos de rutina que se proporciona en el Programa de beneficios.
- Exámenes, vacunaciones y tratamientos previos a un viaje o con fines prematrimoniales o previos a una adopción y para cualquier otro propósito no relacionado con la detección de enfermedades o la prevención de enfermedades.

Servicios profesionales

Costo para el miembro

$10 por visita a la oficina del doctor o visita en el hogar, con las siguientes excepciones:

- Los servicios profesionales para pacientes internos en el hospital no tienen copago.
- Las cirugías, anestesia, tratamientos de radioterapia, quimioterapia o diálisis no tienen copago.
- Las pruebas de visión pediátrica no tienen copago.
- Las pruebas de audición no tienen copago cuando se cobran y realizan como un servicio médico separado de una visita a la oficina del doctor, o para audífonos.

Descripción

Servicios y consultas profesionales médicamente necesarios por parte de un médico u otro proveedor de cuidado de salud con licencia que ejerce su profesión dentro del alcance de su licencia y tenga contrato con el plan. Los servicios profesionales incluyen:

- Cirugía, asistencia quirúrgica y anestesia (pacientes internos o externos).
- Visitas al hospital y al centro de enfermería especializado como paciente interno.
- Visitas a la oficina del profesional, incluidas visitas para pruebas y tratamientos de alergia, radioterapia, quimioterapia y tratamiento de diálisis.
- Visitas al hogar cuando sea médicamente necesario.
- Pruebas de audición, audífonos y servicios relacionados, incluida una evaluación audiológica para medir el alcance de la pérdida de audición y

una evaluación de audífonos para determinar la marca y el modelo más apropiados de audífonos.
- Audífonos: Audífonos monoaurales o binaurales, incluidos los moldes del canal auditivo, el instrumento del audífono, la batería inicial, los cables y otros equipos auxiliares. Las visitas para realizar adaptaciones, ajuste, reparaciones, para consejería, etc., para un periodo de un año después de recibir un audífono con cobertura no tienen cargo.

Exclusiones

- Compra de baterías u otro equipo auxiliar, excepto aquellos cubiertos por la compra inicial de los audífonos y los cargos por un audífono que exceda las especificaciones recetadas para la corrección de la pérdida de audición.
- Reemplazo de partes de los audífonos o reparación del audífono después del periodo cubierto de un (1) año de garantía.
- Reemplazo del audífono más de una vez en cualquier periodo de treinta y seis (36) meses.
- Dispositivos auditivos implantados quirúrgicamente.
- Servicios, programas o suministros para bajar de peso (esto no se aplica a los servicios o suministros que son médicamente necesarios debido a la obesidad mórbida).
- Cuidado rutinario de la vista (adultos).
- Anteojos o lentes de contacto (a excepción de los anteojos o lentes para cataratas y lentes de contacto para cataratas).
- Cuidado de los pies, como corte de uñas.
- Cirugía estética realizada para cambiar o remodelar las partes normales del cuerpo para que se vean mejor, (esto no se aplica a la cirugía reconstructiva para recuperar el uso de una parte del cuerpo o para corregir una deformidad causada por una lesión).
- Cirugía o tratamientos de cambio de sexo, a menos que la cirugía o los tratamientos sean servicios de cuidado de salud médicamente necesarios y el plan los autorice.
- Cirugía ocular, solo para corregir la visión (como la miopía).
- Circuncisión, a menos que sea médicamente necesario.
- Terapia de integración sensorial.
- Evaluación y tratamiento del trastorno del aprendizaje.
- Bypass gástrico en asa, gastroplastia, derivación duodenal, bypass biliopancreático y bypass minigástrico, excepto cuando sea médicamente necesario y el plan lo autorice.

Cirugía reconstructiva

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
La cirugía reconstructiva para restaurar y lograr la simetría, y la cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para lograr alguno de los siguientes objetivos:

- mejorar la función
- crear una apariencia normal en la medida de lo posible

Este beneficio incluye cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría después de la mastectomía. El médico y el cirujano tratantes, en consulta con el paciente, determinarán la duración de la estancia en el hospital de acuerdo con principios y procesos clínicos coherentes.

Terapia de rehabilitación (física, del habla y ocupacional)

Costo para el miembro

- Los servicios de terapia para pacientes internos, incluidos los servicios recibidos en un centro de enfermería especializado, no tienen copago.
- $10 de copago para los servicios proporcionados en un centro para pacientes externos o en el hogar.

Descripción

La terapia de rehabilitación es una terapia para ayudar a que una parte de su cuerpo funcione de la manera más normal posible.

- El plan cubre la terapia física, ocupacional o del habla que sea médicamente necesaria. Por ejemplo, si no puede hablar debido a una embolia, es posible que se cubra la terapia del habla hasta que aprenda a hablar nuevamente**.**
- Debe tener una referencia de su PCP y una autorización previa del plan.

Es posible que el plan requiera evaluaciones periódicas, médicamente necesarias, mientras reciba la terapia.

Exclusiones

Servicios elegibles bajo el California Children’s Services Program (Programa de Servicios para Niños de California) (CCS, por sus siglas en inglés).

Cuidado de enfermería especializada

Costo para el miembro

Sin copago.

Descripción

Servicios médicamente necesarios recetados por un proveedor del plan y proporcionados en un centro de enfermería especializado con licencia. El beneficio incluye:

- enfermería especializada las 24 horas del día
- cama y comida
- rayos X y procedimientos de laboratorio
- terapia respiratoria
- terapia física, del habla y ocupacional
- servicios sociales médicos
- medicinas y medicamentos recetados
- suministros médicos
- aparatos y equipos normalmente provistos por el centro de enfermería especializado

Limitaciones
Este beneficio está limitado a un máximo de cien (100) días por año de beneficio.

Exclusiones
- cuidado de apoyo
- cuidado de enfermería especializada para otras necesidades que no sean médicas, como ayuda con cuidados personales como bañarse o alimentarse
- cuidado a largo plazo, más de cien (100) días por año de beneficio

Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas

Los servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health (Carelon). Llame al **800-808-5796** para acceder a estos servicios. Infórmeles que usted es un miembro de la Alianza.

Diagnóstico y tratamiento de un trastorno relacionado con el uso de drogas.
Si considera que podría tener una condición de trastorno relacionado con el uso de drogas, llame a Carelon al número mencionado anteriormente para recibir información sobre cómo obtener los servicios.

Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas: Paciente interno

Llame a Carelon al **800-808-5796** para acceder a estos servicios. Se requiere autorización previa. El centro o médico tratante debe llamar a Carelon para obtener la autorización previa. Profesionales apropiadamente calificados revisarán la solicitud y recopilarán la información clínica esencial y relevante que resulta necesaria para tomar una decisión, de acuerdo con todas las leyes y regulaciones aplicables.

Costo para el miembro
Sin copago.

Descripción
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:
- servicios de tratamiento por abuso de drogas para pacientes internos
- servicios de tratamiento residencial, que incluyen desintoxicación residencial

Limitaciones
Sin límite de días.

Servicios para trastornos relacionados con el uso de drogas: Paciente externo

Llame a Carelon Behavioral Health (Carelon) al **800-808-5796** para acceder a estos servicios. Algunos servicios requieren autorización previa.

Los miembros también pueden llamar o enviar un mensaje de texto a la **Línea de Prevención del Suicidio y Crisis 988** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para la línea TTY, use su servicio de retransmisión preferido o llame al 711 y luego al 988.

Las visitas a la oficina del doctor para consultas de consejería o manejo de medicinas no requieren autorización previa, pero el miembro o el proveedor deben notificar al personal de ingreso y de servicio al cliente de Carelon.

Cuando la solicitud sea para servicios intensivos para pacientes externos, tratamiento diurno, hospitalización parcial u otros servicios que no sean de rutina, el proveedor debe solicitar la autorización previa de Carelon. Profesionales apropiadamente calificados revisarán la solicitud y recopilarán la información clínica esencial y relevante necesaria para tomar una decisión, de acuerdo con todas las leyes y regulaciones aplicables.

Costo para el miembro
$10 por consulta

Descripción
Intervención en casos de crisis y tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas como paciente externo, según sea médicamente necesario. Los tratamientos médicamente necesarios de desórdenes de salud mental o por consumo de drogas (MH/SUD) se enumeran en el capítulo sobre desórdenes mentales y de la conducta de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (“CIE”) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM).

Limitaciones
Sin límite de consultas.

Beneficios máximos anuales o de por vida

No habrá máximos de beneficios financieros anuales o de por vida en ninguna de las coberturas del programa.

Beneficios excluidos

Los siguientes beneficios de salud no están incluidos en este plan de salud:

- Cualquier servicio o artículo específicamente excluido en la sección “Descripción de beneficios”.
- Cualquier beneficio que exceda los límites especificados en la sección “Descripción de beneficios”.
- Servicios, suministros, artículos, procedimientos o equipos que no sean médicamente necesarios, a menos que se especifique lo contrario en la sección “Descripción de beneficios”.
- Cualquier servicio recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos para tratar complicaciones que surjan por servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro.

- Cualquier servicio que se reciba después de que finalice la cobertura.
- Los productos, medicinas o dispositivos médicos, quirúrgicos (incluidos los implantes) u otros procedimientos de cuidado de salud que sean:
  - experimentales o de investigación
  - no reconocidos de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados como seguros y eficaces para su uso en el tratamiento en cuestión
  - que sean obsoletos o ineficaces
- Si el plan rechaza la cobertura porque se determina que el procedimiento, servicio, producto, medicina o dispositivo es experimental o de investigación, usted puede solicitar una revisión médica independiente (IMR). Para obtener información sobre la IMR, consulte la sección de este documento llamada “Proceso de quejas”.
- Servicios médicos que se reciben en un centro de cuidado de emergencia para condiciones que no son emergencias, si usted, dentro de lo razonable, debería haber sabido que no existía una situación de cuidado de emergencia.
- Anteojos, excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de la cirugía de cataratas que están cubiertos por el beneficio de "Anteojos y lentes para cataratas".
- Fertilización in vitro (IVF).
- Los beneficios de cuidado a largo plazo, incluido el cuidado de enfermería especializada a largo plazo en un centro con licencia y el cuidado de relevo están excluidos, excepto cuando la Alianza determina que son alternativas menos costosas y beneficiosas para los beneficios mínimos básicos. Esta sección no excluye el cuidado de enfermería especializada a corto plazo o los beneficios de hospicio, según lo dispuesto en los beneficios de “Cuidado de enfermería especializada” y “Hospicio”.
- Tratamiento por cualquier enfermedad o lesión corporal que surja o se mantenga en el desarrollo de cualquier ocupación o empleo para obtener una compensación, lucro o ganancia para la cual se proporcionan o pagan beneficios bajo cualquier plan de beneficios de compensación para trabajadores. El plan proporcionará servicios en el momento de la necesidad y el miembro deberá cooperar para garantizar que se le reembolsen al plan dichos beneficios.
- Los servicios elegibles para reembolso por parte del seguro, o que estén cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicio de cuidado de salud. El plan proporcionará servicios en el momento de la necesidad, y el miembro deberá cooperar para garantizar que se le reembolsen al plan dichos beneficios.
- Cirugía estética que se realice solo para alterar o remodelar la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia.
- Cualquier servicio no autorizado por el plan cuando se requiere autorización previa.
- Cuidados de rutina que se reciban fuera de los Estados Unidos (a excepción de lo autorizado por el plan).
- Cuidados de rutina que se reciban fuera de California (a excepción de lo autorizado por el plan).

- Transporte en avión, automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público.

El proceso de quejas

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solo la calidad del cuidado, sino también la calidad en el proceso del tratamiento. Si tiene preguntas sobre los servicios que recibe de un proveedor contratado, le recomendamos que primero hable con su proveedor. Si sigue teniendo inquietudes sobre algún servicio recibido, llame al Departamento de Servicios a los Miembros de la Alianza al **800-700-3874.**

Cómo presentar una queja

Usted tiene derecho a decirnos si no está conforme con la Alianza o un proveedor contratado. La forma de hacerlo es presentar una queja, también llamada queja formal o apelación. Usted puede presentar una apelación si no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de un servicio solicitado. Las quejas se resuelven a través del proceso de quejas.

La queja debe presentarse dentro de los ciento ochenta (180) días calendario del evento o de la acción que le generó la disconformidad. Es posible que no se aplique este límite de tiempo si la queja se refiere a un problema relacionado con la calidad del cuidado. Puede obtener una copia de la Política y procedimiento de quejas del plan llamando a Servicios a los Miembros. Para iniciar el proceso de quejas, puede llamar, escribir, enviar por fax o presentar una queja a través de nuestro sitio web.

Grievance Department
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066
Teléfono: 800-700-3874
Fax: 831-430-5579
www.thealliance.health

El plan le enviará una carta en un plazo de cinco (5) días naturales para informarle que recibimos su queja. Cuando se reciba toda su información, incluidos los archivos médicos relevantes, se tomará una decisión en un plazo de treinta (30) días naturales. Si su queja implica una amenaza inminente o grave a su salud, incluidos, entre otros, dolor intenso o la pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar que el plan acelere la revisión de la queja. El plan evaluará su petición de revisión acelerada y, si su queja califica como una queja urgente, resolveremos su queja en un plazo de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de su petición.

No es necesario que presente una queja ante el plan antes de solicitarle al Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) que revise su caso de manera acelerada. Si decide presentar una queja ante el plan, en la

que solicite una revisión acelerada, el plan le notificará inmediatamente por escrito que usted:

- Tiene derecho a notificar al DMHC sobre su queja que implica una amenaza inminente y grave para su salud.
- Les responderemos a usted y al DMHC mediante una declaración por escrito sobre el estado de pendiente o la resolución de la queja en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas a partir de la recepción de su petición de revisión acelerada de la queja.

Cómo presentar una queja por discriminación o problemas de accesibilidad
Si cree que la Alianza no le brindó servicios de interpretación gratuitos cuando los necesitó o no le proporcionó información para el miembro escrita en otro formato o idioma; o si considera que recibió un trato diferente o discriminatorio 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, puede presentar una queja por teléfono, por fax, por correo, en línea o en persona.

- Teléfono: Llame a un representante de Servicios para Miembros al 800-700-3874/TTY: 800-855-3000 o a un Coordinador de Quejas al 800-700-3874, extensión 5816.

- Sitio web: https://thealliance.health/for-members/member-services/file-a-grievance/

- Fax: 831-430-5579

- Email: GrievanceCoordinator@ccah-alliance.org

- Mail: Grievance Department
  ATTN: Grievance Coordinator
  1600 Green Hills Road, Suite 101
  Scotts Valley, CA 95066

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. No es necesario que presente primero la queja ante la Alianza.

Puede enviar su queja en línea a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services
  Office of Civil Rights
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201hht
  800-368-1019, TDD 800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

Revisión de excepción externa

Usted, su representante autorizado o su proveedor pueden solicitar una revisión de excepción externa si se aplica alguna de las siguiente:

- Usted se opone a la denegación del plan de una solicitud de autorización previa para un medicamento que no está en el formulario o que está en etapa de investigación.
- Usted se opone a la denegación del plan de una solicitud para una excepción en el proceso de terapia escalonada de la farmacia del plan.

Una revisión de excepción externa significa que enviaremos la petición rechazada y cualquier información que recibamos por parte de su proveedor a un médico externo que revisará nuestra decisión.

La información sobre cómo presentar una solicitud para una revisión de excepción externa se incluirá en el aviso de denegación que recibirá por parte del contratista del plan, MediImpact. MedImpact responderá a las solicitudes de excepción externa no urgentes en un plazo de 72 horas. Si se trata de circunstancias extremas, responderemos en un plazo de 24 horas. Consulte la sección “Definiciones” de este documento para obtener una explicación del término “circunstancias extremas”. El derecho a solicitar una revisión de excepción externa es adicional a su derecho de presentar una queja o solicitar una revisión médica independiente del DMHC.

Revisiones médicas independientes

Si el plan, o un proveedor del plan, rechaza, retrasa o modifica el cuidado médico que se solicita para usted, es posible que usted sea elegible para una revisión médica independiente. Si su caso es elegible y usted presenta una petición de IMR al DMHC, la información sobre su caso se enviará a un especialista médico que revisará la información proporcionada y tomará una decisión independiente sobre su caso. Usted recibirá una copia de la decisión. Si el especialista en IMR así lo decide, el plan proporcionará cobertura para los servicios de cuidado de salud.

Puede solicitar una IMR si nosotros:

- denegamos, modificamos o retrasamos un servicio o tratamiento porque el plan determina que no es médicamente necesario;
- no cubrimos un tratamiento experimental o de investigación para una condición médica grave; y
- no pagamos los servicios médicos de emergencia o urgencia que ya haya recibido.

Si su queja califica para una revisión acelerada, no está obligado a presentar una queja ante el plan antes de solicitar una IMR. Además, el DMHC puede suspender al requisito de que siga el proceso de quejas del plan en casos extraordinarios que lo ameriten.

Para los casos que no sean urgentes, la organización de la IMR designada por el DMHC tomará una decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud y los documentos de respaldo. Para casos urgentes que impliquen una amenaza inminente y grave para su salud, por ejemplo, dolor intenso, pérdida potencial

de la vida, extremidades o funciones corporales importantes, entre otros, la organización de la IMR tomará una decisión en un plazo de tres (3) días hábiles. A solicitud de los expertos, el plazo puede extenderse hasta tres (3) días si hay un retraso en la obtención de todos los documentos necesarios.

El proceso de la IMR es adicional a cualquier procedimiento o recurso que esté disponible para usted. La decisión de no participar en el proceso de la IMR podría hacer que pierda su derecho a iniciar acciones legales contra del plan respecto al cuidado que se solicita. Usted no paga cargos por la solicitud o el procesamiento de la IMR. Usted tiene derecho a proporcionar información que respalde su solicitud de IMR. Para obtener información sobre el proceso de IMR o para solicitar un formulario de solicitud, llame al Departamento de Servicios a los Miembros al **800-700-3874**.

Revisión médica independiente por el rechazo de terapias de investigación o experimentales

Es posible que también tenga derecho a una IMR a través del DMHC, cuando deneguemos, modifiquemos o retrasemos un servicio, incluidos los servicios de tratamiento que hayamos determinado que son experimentales o de investigación. Le notificaremos por escrito sobre la oportunidad de solicitar una IMR respecto a una decisión de denegación de una terapia experimental o de investigación en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la decisión de denegar la cobertura. No es necesario que participe en el proceso de quejas del plan antes de solicitar una IMR de nuestra decisión de denegar la cobertura de una terapia experimental o de investigación. Si un médico indica que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se iniciara de inmediato, la decisión de la IMR se tomará dentro de los siete (7) días posteriores a la solicitud completa de una revisión acelerada.

Declaración del Departamento de Atención Médica Administrada de California

El Departamento de Atención Medica Administrada de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **(800-700-3874)** o a la línea **TTY (800- 855-3000)** y use el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este proceso de quejas no le impide usar ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactorio o una queja que no ha resuelta por más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. Es posible que también cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review; IMR, por sus siglas en ingles). Si es elegible para una Revisión Médica Independiente, por medio de Revisión Médica Independiente se hará una investigación imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud respecto a una necesidad médica de un servicio o tratamiento pospuestos, decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación, e inconformidad por el pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento es **www.dmhc.ca.gov** y puede encontrar formularios de

queja, formularios de solicitud para Revisión Médica Independiente e instrucciones en línea.

El proceso de quejas de su plan de salud y el proceso de revisión de quejas del departamento son adicionales a cualquier otro procedimiento de resolución de disputas que pueda estar disponible para usted y en caso de no usar estos procesos no se impedirá el uso de cualquier otro recurso previsto por la ley.

Terminación y cancelación

Periodo de cobertura y disposiciones de renovación

El periodo inicial del Acuerdo entre la Alianza (el plan) y la Autoridad Pública (el grupo) entró en vigor el 1.º de julio del 2005. El acuerdo se renovará automáticamente cada año en la fecha de aniversario, sujeto a cualquier cambio en las tarifas de prepago, otros cargos, beneficios, disposiciones de cobertura y terminación descritos en esta sección.

Prepago de tarifas

El plan cobra una prima mensual por empleado elegible, determinada por la Autoridad Pública, que esté inscrito en el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS. Estos montos de primas y contribuciones están sujetos a cambios, como se describe en el contrato entre el plan y la Autoridad Pública. Si su beneficio o prima del plan de beneficios de salud cambia como resultado de acuerdos de negociación colectiva, acción legislativa o acción del plan, la Autoridad Pública le notificará el cambio por escrito, treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigor de dicho cambio.

Para obtener información actual sobre las contribuciones, comuníquese con el representante de beneficios de salud de la Autoridad Pública, llamando al **831-755-4466**.

Efecto de la cancelación

Cuando se produzca la cancelación o el vencimiento del periodo de cobertura, este acuerdo o su cobertura y derechos, según lo dispuesto en este acuerdo (denominado "cobertura"), finalizarán y quedarán sujetos a las disposiciones aplicables para la restitución, continuación temporaria de los beneficios, continuación de la cobertura o la extensión de los beneficios. La cancelación de este acuerdo cancela la cobertura para todos los suscriptores del grupo.

Cancelación de todo el acuerdo

Finalización de los beneficios por falta de pago
Si el grupo no paga el monto adeudado al plan en la fecha de vencimiento acordada, el plan le otorgará al grupo un periodo de gracia de treinta días. Si las primas no se han pagado cuando termine el periodo de gracia, el plan puede cancelar el acuerdo.

El grupo enviará de inmediato a cada miembro una copia legible y original de la notificación de terminación en un plazo no menor a treinta (30) días antes de la terminación, momento en el cual finalizarán todos los derechos a los beneficios para todos los miembros, incluidos aquellos que se encuentren hospitalizados o bajo tratamiento para una condición que está en desarrollo (a menos que tengan cobertura en virtud de la Extensión de beneficios debido a discapacidad total).

Cancelación por parte del grupo

El grupo puede terminar el acuerdo dando aviso por escrito a la Alianza con al menos sesenta (60) días de anticipación.

Cancelación de miembros individuales

Pérdida de elegibilidad

Si deja de cumplir los requisitos de elegibilidad definidos en esta EOC, (sujeto a las disposiciones aplicables para la continuación de la cobertura) el Grupo le enviará un aviso por escrito al menos treinta (30) días antes de la finalización de la cobertura. Su cobertura terminará a la medianoche del día 30. El grupo acepta notificar de inmediato a Alianza si usted deja de cumplir los requisitos de elegibilidad establecidos por el grupo.

Si deja de cumplir los requisitos de elegibilidad porque no ha pagado sus primas, el grupo le enviará un aviso por escrito del periodo de gracia de treinta días. Si no paga todas las primas requeridas cuando termine el periodo de gracia, su cobertura finalizará. Asegúrese de comunicarse con el grupo si tiene alguna pregunta sobre cómo conservar su elegibilidad.

Los miembros recibirán un aviso por escrito antes de que su cobertura finalice por cualquier motivo.

Desafiliación por parte del miembro

Si usted elige la cobertura de un plan de beneficios de salud alternativo ofrecido por el grupo como una opción en lugar de la cobertura de este acuerdo, entonces su cobertura finalizará automáticamente a la hora y la fecha en que la cobertura alternativa entre en vigor. En tal caso, el grupo acuerda notificar de inmediato al plan que usted ha elegido otra cobertura.

Cancelación de la membresía por buena causa

Fraude o tergiversación intencional

Si el plan puede demostrar que usted ha cometido fraude o ha tergiversado intencionalmente hechos relevantes conforme a los términos del contrato con respecto a la elegibilidad, la inscripción, el uso de una tarjeta de identificación de Alliance Care para los IHSS o el uso de servicios, el plan puede cancelar su cobertura a partir de los treinta días posteriores a la fecha en la que el plan le envía por correo el aviso de cancelación.

Derecho del miembro a revisar ciertas cancelaciones

Si cree que su cobertura, suscripción o inscripción ha sido cancelada o no fue renovada debido a su estado de salud, los requisitos para servicios de cuidado de salud u otro

motivo, puede solicitar una revisión por parte del Departamento de Atención Médica Administrada de California. Debe solicitar esta revisión en un plazo de 180 días a partir de la fecha del aviso de cancelación o de no renovación.

Extensión de beneficios posterior a la finalización

Si, cuando el acuerdo entre la Alianza y el grupo termina para todo el grupo, usted está recibiendo tratamiento para una condición para la cual los beneficios están disponibles en virtud del acuerdo y esa condición haya causado discapacidad total, según lo determinado por un proveedor contratado del plan de salud, entonces usted tendrá cobertura, sujeto a todas las limitaciones y restricciones del acuerdo, incluidos el pago de los copagos y las tarifas de prepago mensuales, por los servicios cubiertos directamente relacionados con la condición que causa la discapacidad total. Esta extensión de beneficios finaliza a más tardar (1) al final del duodécimo mes después de la finalización de este acuerdo, o (2) en la fecha en que usted ya no esté totalmente discapacitado según lo determine el proveedor contratado del plan de salud, o (3) en la fecha en que su cobertura entre en vigor bajo cualquier contrato o póliza de reemplazo, sin limitación en cuanto a la condición de discapacidad. Una persona está totalmente discapacitada si cumple con la definición de "totalmente discapacitado" de este acuerdo.

La determinación de la existencia de una discapacidad total la tomará un proveedor contratado y la aprobará el director médico del plan. Es posible que para determinar la existencia de una discapacidad total se requiera la realización de un examen médico por parte un médico especificado por el plan de salud. Se proporcionará al plan una prueba de discapacidad total continua en intervalos no menores de treinta y un (31) días durante el periodo en que los beneficios extendidos estén disponibles, junto con la certificación apropiada de un proveedor contratado.

Continuación de cobertura de salud grupal

Continuación de Cobertura (COBRA) federal

De acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), la continuación de la cobertura de salud grupal está disponible, bajo ciertas condiciones, para los empleados de la mayoría de los empleadores. Si la membresía en el plan es patrocinada por un empleador, usted puede ser elegible para la continuación de la cobertura grupal. Comuníquese con la Autoridad Pública llamando al **831-755-4466** para obtener información adicional.

Continuación Estatal de Cobertura (Cal-COBRA)

Si la membresía en el plan es patrocinada por un empleador y usted es elegible para la continuación de la cobertura grupal y está cubierto por esta, puede continuar la cobertura del plan a través de la continuación de la cobertura de beneficios estatal. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros de la Alianza al **800-700-3874** para obtener más información.

Si ha agotado la cobertura federal de COBRA y ha tenido menos de treinta y seis (36) meses de cobertura de COBRA, puede continuar la cobertura a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de California (Cal-COBRA, por su siglas en inglés) hasta por treinta y seis (36) meses a partir de la fecha en que comenzó la cobertura federal de COBRA.

Aplicabilidad de la coordinación de beneficios (COB)

Coordinación de beneficios (COB, por su siglas en inglés) significa que si tiene más de una compañía de seguros, existe un orden específico con respecto a qué compañía de seguros pagará primero y cuál pagará al final. El seguro que le haya cobrado primero es su seguro primario. El seguro que le haya cobrado después es su seguro secundario. Incluso si tiene más de una compañía de seguros, el proveedor no puede cobrarle un monto superior a la tarifa establecida por las compañías de seguros.

Si tiene Alliance Care para los IHSS y cualquier otro seguro, su seguro Alliance Care para los IHSS será su seguro primario la mayoría de las veces. Esta regla tiene algunas excepciones.

Por ejemplo, si tiene un seguro a través de otro empleador donde usted es el suscriptor principal y se inscribió a ese seguro antes de inscribirse a Alliance Care para los IHSS, entonces ese seguro será su seguro primario. Pero si usted depende del seguro de otra persona y cuenta con Alliance Care para los IHSS, entonces Alliance Care para los IHSS será su seguro primario. Si tiene preguntas sobre cuál es su seguro primario, llame a Servicios a los Miembros.

Cuando tiene más de una compañía de seguros, el proveedor le cobra primero a su seguro primario. Después de que el seguro primario paga, el proveedor envía una solicitud al seguro secundario.

Aquí hay un ejemplo de cómo se coordinan los beneficios entre el seguro primario y secundario:

El cargo del doctor por una consulta en su oficina	La cantidad que permite su seguro primario por una consulta en la oficina del doctor	La cantidad que permite su seguro secundario por una consulta en la oficina del doctor	La cantidad permitida por el seguro secundario es inferior a lo que ya le pagó el seguro primario al doctor, de modo que se paga	Como el doctor ya recibió el pago que permite su seguro primario, usted debe
$60	$40	$35	$0	$0

La coordinación de beneficios no significa que puede sumar los pagos de los dos seguros para pagar todo el cobro del proveedor. Esto tampoco significa que usted pueda decidir cuándo tener un seguro primario y el otro secundario.

Al inscribirse a la Alianza, cada miembro acuerda completar y enviar al plan los consentimientos, comunicados, asignaciones y cualquier otro documento solicitado de forma razonable por la Alianza para asegurar y obtener el reembolso y coordinar la cobertura con otros planes de beneficios de salud o pólizas de seguro.

Proceso de recuperación de terceros y responsabilidades del miembro

El miembro acepta que, si los beneficios de este acuerdo se proporcionan para tratar una lesión o enfermedad causada por el acto indebido u omisión de otra persona o de un tercero, siempre que el miembro reciba un resarcimiento por todos los otros daños resultantes del acto indebido o la omisión antes de que el plan tenga derecho al reembolso, el miembro deberá:

- Reembolsarle al plan el costo razonable de los servicios pagados por la Alianza en la medida permitida por la Sección 3040 del Código Civil de California, inmediatamente después de que el miembro cobre los daños, ya sea mediante una acción o ley, acuerdo o de otra manera.
- Cooperar plenamente con la ejecución del plan de sus derechos de retención por el valor razonable de los servicios prestados por el plan, en la medida permitida por la Sección 3040 del Código Civil de California. El derecho de retención del plan se puede presentar ante la persona cuyo acto haya causado las lesiones, su agente o la corte.

El plan tendrá derecho al pago, reembolso y subrogaciones en recuperaciones de terceros y el miembro cooperará para efectuar y proteger de forma total y plena los derechos del plan, incluida la notificación inmediata de un caso que implique la posible recuperación de un tercero.

No duplicación de beneficios con la compensación laboral

Si, de conformidad con la Ley de Compensación Laboral o la Ley de Responsabilidad del Empleador u otra legislación de propósito o significado similar, un tercero es responsable de todo o parte del costo de los servicios médicos proporcionados por el plan, brindaremos los beneficios de este acuerdo en el momento que sea necesario. El miembro aceptará proporcionar al plan un derecho de retención sobre dichos beneficios médicos de compensación laboral en la medida del valor razonable de los servicios proporcionados por el plan. El derecho de retención se puede presentar ante el tercero responsable, su agente o la corte.

Para los propósitos de esta subsección, se determinará que el valor razonable es el cobro normal, habitual o razonable por los servicios en el área geográfica donde se prestan los servicios.

Al aceptar la cobertura en virtud de este acuerdo, los miembros acuerdan cooperar para proteger los intereses del plan conforme a esta disposición y ejecutar y entregar al plan, o a su representante designado, todas y cada una de las asignaciones u otros documentos que puedan ser necesarios o adecuados para ejecutar y proteger los derechos del plan o de su representante designado de forma completa y plena.

Limitaciones de otra cobertura

La cobertura de este plan de salud no está diseñada para duplicar los beneficios a los que los miembros tienen derecho en virtud de programas gubernamentales, incluidos los de CHAMPUS/TRICARE, Beneficios para veteranos, Medi-Cal o Compensación laboral. Al ejecutar una solicitud de inscripción, el miembro acuerda completar y enviar al plan los consentimientos, comunicados, asignaciones y otros documentos solicitados de forma razonable por el plan, o la orden para obtener o asegurar el reembolso de CHAMPUS/TRICARE o Medi-Cal conforme a la Ley de Compensación Laboral.

Contratistas independientes

Los proveedores del plan no son agentes ni empleados del plan, sino contratistas independientes. La Alianza revisa regularmente a los médicos que proporcionan servicios a nuestros miembros. Sin embargo, en ningún caso el plan será responsable por la negligencia, actos indebidos u omisiones por parte de cualquier persona que le brinde servicios a usted o sus dependientes, incluido cualquier médico, hospital u otro proveedor o sus empleados.

Pago al proveedor

El plan tiene contratos con los doctores y otros proveedores de cuidado de salud para proporcionar servicios a los miembros. A los proveedores se les paga según el sistema de tarifas por servicio. Esto significa que los doctores proporcionan servicios de cuidado de salud a sus pacientes y después envían un reclamo al plan cada uno de los servicios que le brindan. El plan y estos proveedores de cuidado de salud acuerdan cuánto se paga por cada servicio.

A los hospitales y otros centros de salud se les paga una cantidad fija de dinero por los servicios que brindan, acordados de antemano por el plan y el hospital o el centro.

Si desea obtener más información acerca de cómo se les paga a los proveedores, comuníquese con un representante de Servicios a los Miembros.

Disposiciones de reembolso si recibe un cobro

Si recibe servicios de acuerdo con sus beneficios y las pautas del Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS, no se le debe cobrar por los servicios cubiertos.

Usted es responsable únicamente del monto de cualquier copago aplicable. Si recibe un cobro por los servicios cubiertos por el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS y obtuvo beneficios de acuerdo con las pautas del plan, siga estos pasos:

- Comuníquese con el proveedor o la oficina de cobro. Por lo general, hay un número de teléfono en la factura o en el estado de cuenta que le enviaron.
- Bríndeles la información de su seguro. Dígales que usted tiene cobertura de la Alianza bajo el Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS y deles su número de identificación de la Alianza.
- Pídales que le cobren los servicios al plan. Si necesitan información sobre cómo cobrarnos, puede encontrar nuestra dirección de facturación y número de teléfono en el reverso de su tarjeta de identificación de la Alianza.

Si aún recibe un cobro por parte del proveedor después de haber seguido los pasos anteriores, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**. **Nota importante:** No espere hasta que el cobro lleve varios meses o haya sido pasado a cobranzas para llamarnos. No podremos ayudarle con los cobros que tengan más de un (1) año de antigüedad.

Tenga en cuenta: Cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan, solo tiene cobertura si necesita recibir servicios de cuidado de emergencia o urgencia. Entregue al proveedor su tarjeta de identificación de la Alianza y pídales que nos envíen un formulario de reclamo de seguro. Nuestra dirección de facturación y número de teléfono se encuentran en el reverso de su tarjeta de identificación de la Alianza.

Si el proveedor no está dispuesto a enviarnos un formulario de reclamo de seguro y usted paga los servicios, puede presentar un formulario de reclamo y decirnos por qué tuvo que pagar. Llame a Servicios a los Miembros para pedir un formulario. La Alianza revisará su queja para saber si puede recuperar su dinero.

Necesitaremos la siguiente información:

- Una descripción detallada de los servicios que recibió de los proveedores, incluida la siguiente información, fechas del servicio, lugares donde se brindó el servicio y los códigos de facturación, si están disponibles.
- Comprobante de pago de los servicios que recibió.

Si recibió servicios de cuidado de emergencia o urgencia fuera del área de servicio y los pagó, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**.

Participación pública

Tenemos un grupo asesor de Servicios a los Miembros para ayudar a nuestro consejo directivo. Este grupo se asegura de que las políticas del plan atiendan las necesidades de los miembros y toma en consideración sus preocupaciones. El grupo asesor está formado por miembros del plan, representantes tanto del condado como de las agencias comunitarias, doctores y clínicas en nuestra red y un miembro de nuestro consejo directivo.

Si desea obtener más información sobre nuestro grupo asesor de Servicios a los Miembros o si desea asistir a una de las reuniones, llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**. Las reuniones están abiertas al público.

Notificaciones sobre los cambios al plan

A lo largo del año, podemos enviarle actualizaciones sobre los cambios en el plan. Esto puede incluir actualizaciones de la Prueba de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados. También podemos enviarle información sobre cambios en nuestro boletín para miembros. Lo mantendremos informado y estamos disponibles para responder cualquier pregunta que pudiera tener. Llame a la Alianza si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el plan.

Prácticas de privacidad

El Plan protege la confidencialidad de su información. No divulgamos su información por ningún otro motivo que no sea cumplir con los términos del contrato del Plan de Salud de Alliance Care para los IHSS, de conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales. Tiene derecho a presentar una queja si considera que el plan ha violado su privacidad. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del plan, consulte la última sección de este documento “Aviso de prácticas de privacidad” o llame a Servicios a los Miembros al **800-700-3874**.

Protección de la información médica de cuidado de salud con afirmación de género

El plan no compartirá información médica relacionada con una persona o entidad que permita que un niño reciba atención médica o atención del cuidado de salud mental con afirmación de género en respuesta a alguna acción civil, incluida una citación extranjera, con base en la ley de otro estado que autorice a una persona a presentar una demanda civil contra una persona o entidad que permita al niño recibir atención médica o cuidado de salud mental con afirmación de género. Tiene derecho a presentar una queja si considera que el plan ha violado su privacidad. Llame a Servicios para Miembros al **800-700-3874**.

Donación de órganos y tejidos

La donación de órganos y tejidos proporciona muchos beneficios a la sociedad, pues permite a los receptores de los trasplantes continuar su vida de una forma más completa y significativa. En la actualidad, la necesidad de trasplantes de órganos supera de manera importante la disponibilidad de estos. Si está interesado en la donación de órganos, hable con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital, cuando un paciente tiene muerte cerebral y se le identifica como un posible donante de órganos. Una organización dedicada a la obtención de órganos se involucra en ese momento para coordinar las actividades. El sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos (www.organdonor.gov) tiene información adicional sobre cómo puede donar sus órganos y tejidos.

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 8 de abril de 2024

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 la Central California Alliance for Health.

¿Por qué estoy recibiendo 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 reclamos, u otra información que tengamos sobre su salud. Pregúntenos cómo hacerlo. ▪ 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. ▪ Es posible que respondamos “no” si solicita algunos tipos de archivos, como notas de terapia psicológica o información para usarse en procesos civiles, penales o administrativos. Si denegamos su solicitud, le diremos la razón por escrito. ▪ 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. ▪ Es posible que respondamos “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito en un plazo de 60 días. ▪ 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, para que las comunicaciones sean confidenciales. 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. ▪ No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responderle “no” si dicha solicitud puede afectar su cuidado. ▪ 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 en que compartimos su información de salud durante los seis años previos a la fecha en que lo solicite, además de con quién la compartimos y por qué. ▪ 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. ▪ También puede encontrar este aviso en nuestro sitio web en www.thealliance.health.

Nombre a alguien para que lo represente	▪ Si le dio a alguien un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, o si nos ha dado una autorización por escrito para actuar como su representante personal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. ▪ 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. ▪ Si es miembro de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud (Department of Health Care Services; DHCS, por sus siglas en Ingles) 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. Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre. Nos comuniquemos con usted en relación con actividades de recaudación de fondos. 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	Fines de mercadotecnia Venta de su información Notas de terapia psicológica

que usted nos dé autorización por escrito:	Archivos sobre tratamientos contra el abuso de drogas

Otros 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. ▪ 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.	***Ejemplo:*** Usamos la información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted. ***Ejemplo:*** Compartimos su nombre y dirección con un contratista para que imprima y envíe por correo las tarjetas de identificación de nuestros miembros. ***Ejemplo:*** *Compartimos su idioma e identidad de género con su doctor para asegurar que pueda llamarle con el pronombre correcto*.

	▪ Podemos usar la información de su raza/origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual para asegurar que nuestros servicios sean justos para todas las personas, hacer planes para arreglar asuntos que no sean justos, crear materiales para ayudarle a entender mejor su cuidado de salud, indicar a sus doctores qué idioma habla y qué pronombres utiliza, e intentar ayudar a cuidar mejor de usted. ▪ **No tenemos permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni para decidir el precio de dicha cobertura.** ▪ **No tenemos permitido usar información de raza/origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual de los miembros para decidir si cumple los requisitos para recibir servicios de cuidado de salud, cobertura,**	

	beneficios o negación de servicios. ▪ **No compartimos la información de su raza/origen étnico, idioma, identidad de género y orientación sexual con otros que no tengan permitido conocerla.**	
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. ***Ejemplo:*** Su condado nos contrata para brindar un seguro de salud a los miembros de los IHSS y nosotros le damos al condado 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 los problemas de salud y seguridad públicas	▪ Podemos compartir información sobre su salud en ciertas situaciones, como las siguientes: ▪ prevención de enfermedades ▪ ayuda con el retiro de productos del mercado ▪ reportes de reacciones adversas a medicinas ▪ reportes de sospecha de maltrato, descuido o violencia doméstica ▪ 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: ▪ tomar decisiones más informadas; ▪ evitar duplicaciones en el cuidado (como pruebas), y ▪ reducir la probabilidad de cometer errores médicos. ▪ 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 de 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. ▪ 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: ▪ para las reclamaciones de indemnizaciones laborales ▪ para fines de la aplicación de la ley o con un funcionario del orden público ▪ con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley ▪ para funciones gubernamentales oficiales, 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 a los 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 **www.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.

Contáctenos:
Central California Alliance for Health, Privacy Officer
1600 Green Hills Road, Suite 101
Scotts Valley, CA 95066
(800) 700-3874 (línea gratuita)
(800) 855-3000 (línea TTY, para personas con problemas auditivos)

Si usted es miembro de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Cuidado de Salud de California (Department of Health Care Services; DHCS, por sus siglas en Ingles):
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:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Bldg.
Washington, DC 20201

Teléfono: 1 (877) 696-6775
Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Para obtener más información, consulte:
https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.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.