



L.A. Care Covered™ Direct

Una guía útil para sus beneficios de atención de la salud

2018



1 de Enero de 2018 - 31 de Diciembre de 2018



La discriminación es ilegal

L.A. Care Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. L.A. Care Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

L.A. Care Health Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas que tienen discapacidades, para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros. Esto incluye:
 - o intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - o información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios idiomáticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o intérpretes calificados
 - o información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al 1-855-270-2327 (TTY 711).

Si cree que L.A. Care Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles de L.A. Care Health Plan. Tiene dos opciones para presentar una queja:

Puede llamar al:

Departamento de Servicios para los Miembros – 1-855-270-2327 (TTY 711)

O puede enviar una queja por escrito a:

Civil Rights Coordinator
c/o Compliance Department
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Correo electrónico: civilrightscoordinator@lacare.org.

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, por teléfono o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle a través del Departamento de Servicios para los Miembros. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente 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 postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Ayuda en otros idiomas

English

To request free interpreting services, information in your language or in another format, call L.A. Care at **1-855-270-2327** or TTY **711**.

Español

Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al **1-855-270-2327** o al **711** para TTY.



Infórmese sobre su cobertura

Cuando se una por primera vez a L.A. Care, y posteriormente cada año, recibirá un paquete de información importante sobre su cobertura de atención médica. Léala y comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta. Puede visitar el sitio web de L.A. Care en **lacare.org** para consultar la siguiente información y más:

Información básica

- Qué beneficios y servicios *están* cubiertos.
- Qué beneficios y servicios *no están* cubiertos.
- Cómo toma decisiones su plan de salud sobre el momento en el que los nuevos tratamientos se convertirán en beneficios.
- Qué atención médica puede y no puede recibir cuando se encuentra fuera del Condado de Los Ángeles o la red de L.A. Care.
- Cómo acceder a la atención médica cuando está fuera del Condado de Los Ángeles.
- Cómo cambiar de médico de atención primaria (*primary care physician*, PCP).
- Cómo obtener información sobre los médicos.
- Cómo recibir atención médica de su PCP.
- Cómo obtener una referencia para recibir atención médica especializada, servicios de salud del comportamiento o ir al hospital.
- Qué hacer cuando necesita atención médica de inmediato o el consultorio está cerrado.
- Qué hacer si tiene una emergencia.
- Cómo surtir sus recetas y obtener otra información sobre los programas de farmacia y actualizaciones.
- Copagos y otros cargos.
- Qué hacer si recibe una factura.
- Guía para saber qué hacer para que usted y su familia se mantengan saludables.
- Cómo evalúa su plan de salud las nuevas tecnologías para decidir si deben ser un beneficio cubierto.
- Cómo obtener servicios de asistencia con el idioma y ayuda adicional.

Programas especiales

L.A. Care ofrece los siguientes programas especiales:

- **Programas de mejora de la calidad** para mejorar la calidad de la atención médica, la seguridad y los servicios que ofrecemos a nuestros miembros. Estos programas nos permiten evaluar nuestro progreso para poder alcanzar nuestras metas, brindar servicios de calidad y decidir qué deberíamos cambiar.
- **Programas de Administración de Atención Médica** para los miembros que tienen problemas médicos difíciles.
- **Programas para controlar mejor enfermedades** como la diabetes o el asma.

Cómo se toman las decisiones sobre su atención médica

- La forma en la que los médicos y el personal toman decisiones sobre su atención médica basándose únicamente en sus necesidades y sus beneficios. No alentamos a los médicos a brindar menos atención médica de la que usted necesita, y tampoco se les paga para que denieguen la atención médica.
- Cómo comunicarse con nosotros si desea obtener más información sobre cómo se toman las decisiones acerca de su atención médica.
- Cómo apelar una decisión sobre su atención médica, incluida una revisión independiente externa.

L.A. Care tiene una lista de medicamentos cubiertos conocida como Formulario

- El Formulario se actualiza y se publica mensualmente, y puede consultarlo, junto con sus actualizaciones, en nuestro sitio web en lacare.org.
- Algunos medicamentos cubiertos tienen restricciones, como la terapia de pasos (*Step Therapy*, ST), límites de cantidad (*Quantity Limits*, QL) o requieren autorización previa (*Prior Authorization*, PA).
- Los medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) se utilizarán en la mayoría de los casos, incluso cuando se encuentre disponible un medicamento de marca.
- Si su medicamento no está incluido en el Formulario o tiene una restricción, su médico deberá presentar una solicitud a L.A. Care. La solicitud podrá aprobarse si existe una necesidad médica documentada.
- Para ver una lista completa y la explicación de los procesos de administración farmacológica y las restricciones farmacéuticas, visite el sitio web de L.A. Care en **lacare.org**.

Asuntos de los miembros

- Sus derechos y responsabilidades como miembro de un plan de salud.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho.
- Qué hacer si se le cancela su membresía en el plan.
- Cómo L.A. Care protege y usa su información médica personal.

Si desea obtener copias impresas de su Evidencia de cobertura (Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros), llámenos al **1.855.270.2327** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y los días feriados.



L.A. Care
HEALTH PLAN®

Manual para Miembros de L.A. Care Covered *Direct*[™]

Acuerdo del Suscriptor y Documento combinado de Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación

Índice

Manual para Miembros de L.A. Care Covered *Direct*TM

Acuerdo del Suscriptor y Documento combinado de
Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación

Servicio al cliente	6	¿Cuál es la diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito?	13
¡Bienvenido!	6	Cómo programar una cita	13
¿Qué es esta publicación?	6	Cómo cambiar su PCP	14
Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación	6	Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care	14
¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?	6	Evaluación de la salud	14
Privacidad de la información médica	7	Segundas opiniones	16
Tarjeta de identificación	8	Cómo encontrar una farmacia	16
Lista y directorio de proveedores	8	Copagos de farmacia	17
Servicios de idiomas y ayuda para personas con discapacidades	8	Servicios de atención médica de emergencia y urgencia	18
Área de servicio	9	Servicios no calificados	19
Acceso oportuno a servicios de atención médica que no sean de emergencia	9	Continuidad de la atención médica	20
Acceso oportuno a la atención médica	10	Quejas y apelaciones	21
Tiempos de espera para citas	10	Proceso de quejas de L.A. Care	21
Información útil en Internet en lacare.org	10	Cómo presentar una queja	21
		Cómo presentar una queja por casos urgentes	22
		Revisión Médica Independiente	22
		Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)	23
		Elegibilidad e inscripción	23
		Período de inscripción abierta	23
		Inscripción especial	24
Declaración de derechos de los miembros	11	Responsabilidades de pago	25
Derechos de los miembros	11	¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?	25
Responsabilidades de los miembros	11		
Cómo obtener atención médica	13		
Médico de atención primaria (PCP)	13		



**L.A. Care
Covered™
For All of L.A.**

Primas mensuales.....	25	Cirugía reconstructiva.....	43
¿Qué son los copagos (otros cargos)?	25	Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos.....	44
Costos compartidos.....	25	Trasplantes	44
El deducible anual	26	Servicios para los Niños de California (CCS)	45
Máximo de gastos de bolsillo por año	27	Exclusiones y limitaciones.....	45
Máximo de beneficios del miembro durante toda su vida	27		
Obligaciones de los miembros	27	Información general	48
Solicitud de cancelación mediante una notificación por escrito.....	27	Participación en el programa de beneficios	48
Notificación de cancelación por escrito	28	Notificaciones	48
		Cómo se le paga a un proveedor	48
Beneficios del plan	29	Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura.....	48
Servicios de acupuntura	29	Contratistas independientes	48
Cirugía bariátrica	29	Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC).....	49
Servicios para el cáncer	29	Coordinación de beneficios	49
Servicios por trastornos por abuso de sustancias... ..	30	Responsabilidad de terceros	49
Cuidados para la diabetes.....	31	Participación en las políticas públicas	49
Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico.....	31	Comités de Asesoría de la Comunidad (CACs)	49
Cuidados de diálisis.....	31	Notificación de prácticas de información	49
Equipo médico duradero (DME)	32	Ley aplicable	50
Servicios de atención médica de emergencia	32	Nuevas tecnologías	50
Servicios de educación de la salud.....	33	Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones... ..	50
Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	34	Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros.....	50
Cuidados de maternidad	36	Indivisibilidad del acuerdo	50
Terapia médica nutricional (MNT).....	37		
Transporte médico.....	37	Definiciones	51
Atención de la salud mental.....	37		
Servicios pediátricos	39	Asistencia idiomática	57
Atención prenatal.....	39		
Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa.....	40	Números de teléfono importantes	59
Servicios de atención médica preventiva	42		
Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios.....	42	Mapa del área de servicio	60
Dispositivos protésicos y ortopédicos.....	43		
Servicios para personas transgénero	43		

Servicio al cliente

Servicio al cliente

¡Bienvenido!

Bienvenido a **L.A. Care Health Plan** (L.A. Care). L.A. Care es una entidad pública cuyo nombre oficial es Local Initiative Health Authority for Los Angeles County. L.A. Care es un plan de atención médica administrada público e independiente, con licencia del estado de California. L.A. Care trabaja con médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores para ofrecerle servicios de atención médica de calidad a usted (aquí denominado Miembro o Persona inscrita).

¿Qué es esta publicación?

Esta publicación se denomina Acuerdo del Suscriptor y Documento combinado de Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación (también denominado *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*). Se trata de un documento legal que explica su plan de atención médica y debe responder numerosas preguntas importantes sobre sus beneficios. Este documento contiene algunas palabras y términos que quizás no le resulten familiares. Consulte la sección “Definiciones” al final de este Manual para Miembros para asegurarse de comprender lo que significan estas palabras y frases.

Independientemente de que usted sea la Persona inscrita primaria de la cobertura o que esté inscrito como miembro de una familia, este Acuerdo del *Suscriptor y Manual para Miembros* es una herramienta fundamental para aprovechar su membresía al máximo. Obtendrá información sobre temas importantes, que abarcan desde cómo seleccionar un médico de atención primaria hasta qué hacer si necesita ser hospitalizado.

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* tendrá vigencia desde el 1 de enero de 2018 (o la fecha de entrada en vigor de su membresía, si es posterior) hasta el 31 de diciembre de 2018, a menos que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*:

- se modifique conforme al “Proceso de modificación” detallado a continuación, o
- se cancele conforme a lo detallado en la sección “Cancelación”.

Sección de renovación

Si usted cumple todos los términos de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, le ofreceremos renovarlo a partir del 1 de enero de 2018. Le enviaremos un nuevo acuerdo/manual (o publicaremos el nuevo documento en nuestro sitio web si ha optado por recibir estos documentos en línea) que entrará en vigor inmediatamente después de que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* quede sin efecto, o prolongaremos el plazo de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, conforme al proceso de modificación detallado a continuación.

Proceso de modificación

Podremos modificar este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* en cualquier momento, mediante el envío de una notificación por escrito, al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigor de la modificación (enviaremos la notificación por correo electrónico si ha optado por recibir estos documentos y notificaciones en forma electrónica). Esto incluye cualquier cambio en los beneficios, las exclusiones o las limitaciones. Todas estas modificaciones se considerarán aceptadas, a menos que usted (la Persona inscrita) nos notifique lo contrario por escrito dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la notificación, en cuyo caso este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* quedará sin efecto el día anterior a la fecha de entrada en vigor de la modificación. Consulte la sección “Notificaciones” para obtener más información sobre cómo enviarnos una notificación por escrito si no está de acuerdo con alguna modificación.

¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?

Si sigue necesitando asistencia después de familiarizarse con sus beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** o al TTY **711** si tiene sordera o deficiencia auditiva.

Nota: Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* proporciona los términos y condiciones de la cobertura de L.A. Care. Las personas tienen derecho a ver estos documentos antes de inscribirse en L.A. Care. Las personas con necesidades médicas especiales deberían prestar atención, en particular, a las secciones aplicables a su caso. Puede comunicarse a L.A. Care o visitar nuestras oficinas si tiene preguntas específicas sobre los servicios y planes de beneficios de L.A. Care Covered **Direct™**. Estos son nuestros datos:

L.A. Care Health Plan
 1055 W. 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
1.855.270.2327 (TTY 711)
lacare.org

Al inscribirse y aceptar los servicios de salud brindados por L.A. Care Covered **Direct™**, las personas inscritas se comprometen a respetar todos los términos y las condiciones de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

Privacidad de la información médica

En L.A. Care, valoramos la confianza que usted (aquí denominado Miembro o Persona inscrita) nos tiene y deseamos que siga siendo miembro de L.A. Care. Es por ello que queremos compartir con usted las medidas que L.A. Care toma para proteger la privacidad de la información médica acerca de usted y su familia.

A fin de proteger la privacidad de la información médica concerniente a usted y a su familia, L.A. Care:

- Utiliza sistemas informáticos seguros.
- Maneja siempre la información médica de la misma manera.
- Revisa la manera en que maneja la información médica.
- Sigue todas las leyes en materia de privacidad de la información médica.

Todos los integrantes del personal de L.A. Care que tienen acceso a su información médica han recibido capacitación sobre las leyes de privacidad y siguen las pautas de L.A. Care. Además, firman un acuerdo en el que confirman su compromiso de proteger la privacidad de toda la información médica. L.A. Care no proporciona la información médica a ninguna persona o grupo que no tenga derecho a recibirla en virtud de la ley.

L.A. Care necesita cierta información acerca de usted para poder brindarle buenos servicios de atención médica. Entre la información médica protegida que se recopila, utiliza y divulga de manera rutinaria y otros datos de información confidencial se incluyen:

- nombre
- sexo
- fecha de nacimiento
- orientación sexual
- identidad de género
- nivel de educación
- idiomas que habla, lee y escribe

- raza
- origen étnico
- domicilio
- número de teléfono de su casa o trabajo
- número de teléfono celular
- antecedentes médicos

L.A. Care puede obtener esta información de cualquiera de estas fuentes:

- usted
- otro plan de salud
- su médico o proveedores de servicios de atención médica
- su solicitud para la cobertura de atención médica
- sus expedientes médicos

Podemos divulgar su información según lo permita la ley. Esto puede suceder cuando:

- un tribunal, un árbitro o una agencia semejante necesiten su información médica
- se solicite una citación u orden de registro
- un médico forense necesite su información médica
- se necesite su información médica por motivos legales

L.A. Care puede proporcionar su información médica a otro plan de salud o grupo para:

- brindar un diagnóstico o tratamiento
- hacer pagos de atención médica
- revisar la calidad de la atención médica que usted recibe

En ocasiones, también se puede dar su información médica a:

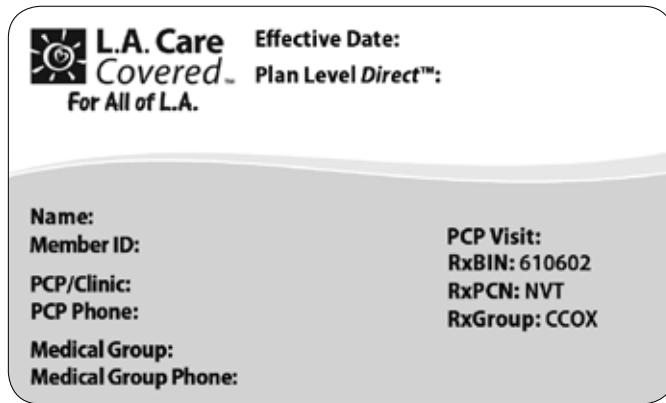
- grupos que otorguen licencias a los proveedores de atención médica
- agencias públicas
- investigadores
- tribunales testamentarios
- grupos de donación de órganos
- agencias federales o estatales según lo requiera la ley
- programas de control de enfermedades

Si tiene alguna pregunta, desea saber más acerca de su información médica o quiere una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de L.A. Care, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)**.

Tarjeta de identificación

Recibirá una tarjeta de identificación que indica que usted es Miembro de L.A. Care. Lleve su tarjeta de identificación para miembro con usted en todo momento. Muestre la tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital o a cualquier otro proveedor cuando necesite atención médica.

Anverso



Reverso



Nunca permita que otra persona utilice su tarjeta de identificación de L.A. Care. Permitir, a sabiendas, que otra persona utilice su tarjeta de identificación de L.A. Care constituye un fraude.

Para comprender mejor la información incluida en su tarjeta de identificación, visite www.lacare.org/members/la-care-covered/your-member-id-card.

Lista y directorio de proveedores

L.A. Care mantiene una lista actualizada de todos los médicos, hospitales, farmacias y servicios de salud mental de la red de L.A. Care en su sitio web en lacare.org. Puede buscar proveedores por área, especialidad, idiomas que hablan, accesibilidad y otras características. También puede solicitar un directorio de proveedores llamando al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Algunos hospitales y otros proveedores pueden tener una objeción moral a prestar algunos servicios. Además, es posible que algunos hospitales y otros proveedores no brinden uno o más de los siguientes servicios que podrían estar cubiertos por el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podrían necesitar:

- planificación familiar
- servicios de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia
- esterilización, incluida la esterilización femenina en el momento del parto
- tratamientos para la infertilidad
- aborto

Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame al su médico, grupo médico, asociación de consultorios independientes o clínica que tenga pensado elegir, o llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711), para asegurarse de poder obtener los servicios de atención médica que necesite.

Servicios de idiomas y ayuda para personas con discapacidades

Es posible que L.A. Care le pregunte sobre su preferencia de idioma, formato para la comunicación escrita, así como su información de raza u origen étnico para ayudarle a obtener acceso a los servicios que satisfagan sus necesidades y a recibir una mejor atención médica.

La información se usará para proporcionarle materiales escritos en el idioma y el formato de su preferencia, así como servicios de interpretación sin costo (incluido el lenguaje de señas americano) para sus citas con el médico.

L.A. Care nunca usará esta información para denegar su cobertura ni sus beneficios. L.A. Care protege su privacidad y solo tiene permitido usarla o divulgarla con fines limitados. No usamos los datos demográficos individuales de los miembros para realizar suscripciones de seguros, establecer tarifas ni determinar beneficios. Y L.A. Care no proporciona su información a usuarios no autorizados.

Información escrita en su idioma y formato

Usted tiene derecho a recibir los materiales impresos de L.A. Care en cualquiera de los siguientes idiomas: español e inglés. También puede solicitar recibir los materiales escritos en letra grande, audio u otro formato. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para solicitar los documentos en su idioma u otro formato.

Servicios de interpretación sin costo

Usted tiene derecho a acceder a los servicios gratuitos de un intérprete cuando necesite servicios de atención médica. L.A. Care ofrece servicios de interpretación gratuitos en su idioma, incluido el lenguaje de señas americano. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la

semana. Es importante que utilice un intérprete profesional en sus citas médicas, ya que le ayudará a comunicarse con su médico y a comprender su estado de salud y cómo cuidarse. Un intérprete profesional está capacitado, conoce la terminología médica e interpretará de forma correcta y completa todo lo que se digan entre usted y su médico. El intérprete respetará la confidencialidad y privacidad de la conversación con su médico. No debe usar como intérpretes a amigos ni familiares, especialmente a niños.

Si necesita servicios de interpretación, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711**). Podemos brindarle asistencia telefónica en su idioma y asegurarnos de que cuente con un intérprete para su próxima cita. Para solicitar un intérprete:

Paso 1: Programe una cita con su médico.

Paso 2: Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711**) al menos diez días hábiles antes de su cita y proporcione la siguiente información:

- su nombre
- su número de identificación de miembro
- la fecha y la hora de su cita
- el nombre del médico
- la dirección y el número de teléfono del médico

Si la cita con su médico se cancela o se modifica, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care lo antes posible al **1.855.270.2327** (TTY **711**).

Información sobre acceso para personas con discapacidades

Muchas clínicas y consultorios médicos cuentan con adaptaciones que permiten que las visitas médicas sean más cómodas para las personas con discapacidades, como estacionamientos accesibles, rampas, salas de examen grandes y balanzas para personas en sillas de ruedas. Podrá encontrar médicos con este tipo de adaptaciones en el Directorio de proveedores. Servicios para los Miembros de L.A. Care también puede ayudarle a buscar un médico que se ajuste a sus necesidades especiales.

Ningún consultorio médico, clínica u hospital puede negarle los servicios por tener una discapacidad. Si no puede recibir los servicios que necesita o si le resulta difícil obtenerlos, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711**).

Recuerde: Informe al consultorio del médico si es posible que necesite más tiempo durante su visita debido a que necesita ayuda adicional.

Quejas

Usted tiene derecho a presentar una queja en los siguientes casos:

- Cree que le negaron un servicio por su discapacidad o porque no habla inglés.
- No consigue un intérprete.

- Tiene una queja sobre el intérprete.
- No puede obtener información en su idioma o en el formato que desea.
- No se satisfacen sus necesidades culturales.

Puede obtener más información acerca de esto en la sección “*Quejas y apelaciones*” de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

Área de servicio

El área de servicio de L.A. Care Covered **Direct™** es el Condado de Los Ángeles (excluida la Isla Catalina). Usted y sus Dependientes elegibles deben vivir en el área de servicio y deben seleccionar o tener asignado un PCP que se encuentre lo suficientemente cerca de su hogar o lugar de trabajo para garantizar un acceso razonable a la atención médica, según lo determine L.A. Care. Si se muda fuera del área de servicio de L.A. Care, su cobertura de L.A. Care Covered **Direct™** finalizará.

Viajes fuera del Condado de Los Ángeles

Como miembro de L.A. Care Covered **Direct™**, su área de servicio es el Condado de Los Ángeles (excluida la Isla Catalina). Por lo tanto, todos los centros fuera del Condado de Los Ángeles (incluidos los que están fuera de Estados Unidos) quedan fuera de su área de servicio.

La atención médica de rutina no está cubierta fuera del área de servicio. Los servicios de atención médica de urgencia y de emergencia sí están cubiertos fuera del condado de Los Ángeles.

¿Fuera del Condado de Los Ángeles?

Si tiene una emergencia cuando no está en el Condado de Los Ángeles, puede obtener servicios de emergencia en el establecimiento para emergencias más cercano (consultorio de un médico, clínica u hospital). Los servicios de emergencia no necesitan referencia ni autorización de su PCP.

Si es admitido en un hospital no perteneciente a la red de L.A. Care o en un hospital donde no trabaja su PCP ni otro médico suyo, L.A. Care tiene derecho a trasladarle a un hospital de la red en cuanto sea médicamente seguro.

Su PCP debe brindarle seguimiento médico cuando salga del hospital.

Consulte la sección “Servicios de emergencia” para obtener más detalles sobre la atención médica de emergencia.

Acceso oportuno a servicios de atención médica que no sean de emergencia

El Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care, DMHC*) adoptó nuevas reglamentaciones (Título 28, sección 1300.67.2.2) para que los planes de salud brinden a los miembros acceso oportuno a servicios de atención médica que no sean de emergencia. Los planes de servicios de atención médica deben cumplir con estas nuevas reglamentaciones desde el 18 de enero de 2011.

Acceso oportuno a la atención médica

La ley de California exige que los planes de salud proporcionen acceso oportuno a la atención médica. Esto significa que existen límites en el tiempo de espera para obtener citas médicas y asesoramiento telefónico.

Si tiene algún problema para obtener acceso oportuno a la atención médica, llame a L.A. Care Covered **Direct™** al teléfono que se indica en su tarjeta de identificación. Si L.A. Care Covered **Direct™** no puede resolver el problema, comuníquese al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) en www.HealthHelp.ca.gov o al **1.888.466.2219**.

Tiempos de espera para citas

Los miembros del plan de salud tienen derecho a obtener citas dentro de estos plazos:

Citas de urgencia	Tiempo de espera
Para los servicios que no requieren autorización previa	48 horas
Para los servicios que requieren autorización previa	96 horas
Citas de urgencia	Tiempo de espera
Cita de atención primaria	10 días hábiles
Cita con un especialista	15 días hábiles
Cita con un proveedor de atención médica de salud mental (que no sea médico)	10 días hábiles
Cita para otros servicios para el diagnóstico o tratamiento de una condición de salud	15 días hábiles

Tiempos de espera al teléfono

- Puede llamar las 24 horas, los 7 días de la semana, para hablar con un profesional de la salud calificado con el fin de decidir si su problema de salud es urgente. Si es necesario que alguien le regrese el llamado, debe hacerlo en un plazo de 30 minutos. Consulte el número de teléfono en su tarjeta de identificación.
- Si llama al número de teléfono de servicio al cliente de su plan durante el horario de atención habitual, alguien debe contestar el teléfono en menos de 10 minutos.

Excepciones

- El objetivo de la Ley de Acceso Oportuno es garantizar que usted reciba la atención médica que necesita. En ocasiones, usted necesita programar una cita incluso antes del plazo que establece la ley. En este caso, su médico puede solicitar que la cita se adelante.
- A veces, esperar un poco más para recibir atención médica no representa un problema. Es probable que su proveedor le dé un tiempo de espera más extenso si esto no representa un peligro para su salud. Debe anotarse en su registro que un tiempo de espera más extenso no será perjudicial para su salud.
- Si no puede obtener una cita oportuna en su área porque no hay suficientes proveedores, su plan de salud debe ayudarle a conseguir una cita con un proveedor adecuado.

Comuníquese a la Línea de Enfermería de L.A. Care al **1.800.249.3619**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder telefónicamente a servicios de evaluación de la prioridad para recibir atención médica.

Información útil en Internet en lacare.org

¿Utiliza Internet? Nuestro sitio web, lacare.org, es un buen recurso. Usted puede:

- buscar un médico
- solicitar un cambio de médico
- informarse sobre sus beneficios
- conocer las opciones para pagar su prima
- solicitar documentos y formularios para miembros
- aprender más sobre sus derechos de privacidad
- conocer sus derechos y responsabilidades
- presentar una queja

También puede ver si cumple los requisitos necesarios para recibir cobertura médica. Incluso puede solicitar un cambio de médico o grupo médico. Dado que esta información es privada, debe registrarse en L.A. Care Connect. Tenga a la mano su tarjeta de identificación para miembro, ya que le pediremos su número de identificación de miembro. Puede acceder a su cuenta de L.A. Care Connect visitando lacare.org y siguiendo estos pasos:

- Haga clic en “**Member Sign In**” (Registro para miembros).
- Haga clic en “**Eligibility**” (Elegibilidad) para verificar la elegibilidad.
- Haga clic en “**Change My Doctor**” (Cambiar mi médico) para cambiar de médico.

Declaración de derechos de los miembros

Como Miembro de L.A. Care, usted tiene derecho a...

Ser tratado con respeto y cortesía. Tiene derecho a que los proveedores y el personal de L.A. Care lo traten con respeto, dignidad y cortesía. Tiene derecho a que no se tomen represalias de ningún tipo contra usted y a que no le obliguen a tomar decisiones sobre la atención médica que usted reciba. Tiene derecho a que no se utilice ninguna forma de restricción (lo que incluye medicamentos y restricciones físicas y mecánicas) como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.

Gozar de privacidad y confidencialidad. Tiene derecho a tener una relación confidencial con su proveedor y a que se respete el carácter confidencial de su expediente médico. También tiene derecho a recibir una copia de su expediente médico y a solicitar que se le hagan las correcciones necesarias. Si es menor de edad, tiene derecho a recibir ciertos servicios sin el consentimiento de sus padres.

Escoger y participar en la atención médica que recibe. Tiene derecho a recibir información sobre L.A. Care y nuestros servicios, médicos y demás proveedores. Tiene derecho a elegir su médico de atención primaria (doctor) de la lista de médicos y clínicas que se incluyen en el sitio web o el directorio de proveedores de L.A. Care. También tiene derecho a conseguir citas dentro de un plazo razonable. Tiene derecho a hablar con su médico acerca de cualquier tratamiento que su médico le brinde o recomiende. Tiene derecho a pedir una segunda opinión. Tiene derecho a recibir información sobre el tratamiento, independientemente del costo o de cuáles sean sus beneficios. Tiene derecho a rechazar un tratamiento. Tiene derecho a decidir por adelantado qué tipo de atención médica quiere recibir en caso de que tenga una enfermedad o lesión que ponga en peligro su vida.

Recibir un servicio al cliente oportuno. Tiene derecho a no esperar más de 10 minutos para hablar con un representante de servicio al cliente durante el horario de atención habitual de L.A. Care.

Expresar sus preocupaciones. Tiene derecho a quejarse de L.A. Care, nuestros proveedores o la atención médica que reciba, sin temor a perder sus beneficios. L.A. Care

le ayudará con el proceso. Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a solicitar una revisión. Tiene derecho a cancelar su membresía en L.A. Care en cualquier momento.

Obtener servicios fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir servicios de atención médica de emergencia o de urgencia en algunas instalaciones fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite. Pagará el mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos si los recibiera en la red de proveedores de L.A. Care.

Obtener servicios e información en su propio idioma. Tiene derecho a solicitar los servicios de un intérprete sin costo, en lugar de pedir ayuda a amigos o familiares para que le interpreten. No debe usar a un niño como intérprete. Tiene derecho a solicitar otros materiales para miembros en un idioma o formato (como letra grande o audio) que comprenda.

Conocer sus derechos. Tiene derecho a recibir información sobre sus derechos y responsabilidades. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre estos derechos y responsabilidades.

Como Miembro de L.A. Care, usted tiene la responsabilidad de...

Actuar de manera cortés y respetuosa. Tiene la responsabilidad de tratar con respeto y cortesía a su médico de L.A. Care, a todos los proveedores y al personal. Tiene la responsabilidad de llegar a tiempo a sus citas o de informar al consultorio médico con un mínimo de 24 horas de antelación cuando deba cancelar o reprogramar una cita.

Dar información correcta, completa y actualizada. Tiene la responsabilidad de dar información correcta a todos sus proveedores. Es responsable de hacerse chequeos de rutina y de informar a su médico si tiene problemas de salud antes de que estos se agraven. Tiene la responsabilidad de notificar a L.A. Care lo antes posible si un proveedor le factura por error.

Seguir los consejos de su médico y participar en su atención médica. Tiene la responsabilidad de hablar con su médico sobre sus necesidades de atención médica, de desarrollar metas y ponerse de acuerdo sobre estas con su médico, de hacer lo posible por entender sus problemas de salud y de seguir el tratamiento que decidan entre los dos.

Utilizar la sala de emergencias solo en caso de emergencia. Tiene la responsabilidad de utilizar la sala de emergencias en casos de emergencia o cuando se lo indique su médico o la Línea de Enfermería gratuita de L.A. Care disponible las 24 horas. Si no está seguro de que se trate de una emergencia, puede llamar a su médico o a nuestra Línea de Enfermería gratuita al **1.800.249.3619**.

Denunciar actos indebidos. Usted tiene la responsabilidad de denunciar los casos de fraude en la atención médica o cualquier otro acto indebido a L.A. Care. Lo puede hacer sin proporcionar su nombre llamando a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de L.A. Care al número gratuito **1.800.400.4889**.

Cómo obtener atención médica

Lea la siguiente información para saber cómo y dónde obtener atención médica.

Médico de atención primaria (PCP)

Lea la siguiente información para saber de quiénes o de qué grupo de proveedores puede obtener atención médica.

Todos los miembros de L.A. Care deben tener un médico de atención primaria (PCP). El nombre y número de teléfono de su PCP se encuentran en su tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care. Excepto en caso de emergencia, su PCP coordinará todas sus necesidades de atención médica, le referirá a especialistas y coordinará los servicios en hospitales.

Cada PCP trabaja con un grupo de proveedores participantes (*Participating Provider Group*, PPG), que es otro modo de denominar a un grupo médico. Cada PPG trabaja con determinados especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica. El PCP que usted elija determinará qué proveedores de atención médica estarán a su disposición.

¿Cuál es la diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito?

Si bien ambos son Miembros de L.A. Care, existe una diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito. Una Persona inscrita es el Miembro que se inscribió en L.A. Care Covered *Direct*™ después de que L.A. Care determinara que era elegible. La Persona inscrita paga las primas mensuales a L.A. Care por su cobertura de atención médica, o por su cobertura y la de cualquier Dependiente inscrito. Un Dependiente inscrito es una persona, como un hijo, cuya condición de dependiente de la Persona inscrita le permite ser Miembro de L.A. Care.

¿Por qué destacamos la diferencia? Porque las Personas inscritas suelen tener responsabilidades especiales, como compartir las actualizaciones sobre los beneficios con cualquier Dependiente inscrito. Las Personas inscritas también tienen otras responsabilidades especiales que se detallan en esta publicación. Si usted es una Persona inscrita, esté atento a cualquier instrucción destinada específicamente a usted.

Cómo programar una cita

Paso 1: Llame a su PCP.

Paso 2: Explique por qué llamó.

Paso 3: Pida una cita.

Una persona del consultorio de su PCP le informará cuándo ir y cuánto tiempo necesitará con su PCP. (Consulte la sección “*Resumen de beneficios*” para saber cuáles son los servicios que requieren copagos).

Las visitas a una clínica o un médico suelen programarse para los días lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Es posible que algunas clínicas o consultorios médicos de L.A. Care ofrezcan citas por la noche y los sábados. Llame al consultorio de su PCP para confirmar el horario de atención, o puede consultar nuestro directorio de proveedores en línea en lacare.org.

Si necesita asesoramiento médico durante el horario de atención de una clínica o un consultorio médico, puede llamar a su PCP y hablar con él, o puede llamar a la Línea de Enfermería de L.A. Care al **1.800.249.3619**. Si necesita atención médica cuando el consultorio de su PCP está cerrado (después del horario de atención habitual, los fines de semana o los días feriados), llame al consultorio de su PCP. Solicite hablar con su PCP o con el médico de turno. Un médico se comunicará con usted.

También puede llamar a la Línea de Enfermería al número que se encuentra en su tarjeta de identificación para miembro. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, para que una enfermera titulada responda sus preguntas de atención médica y evalúe sus inquietudes con respecto a su salud y sus síntomas. Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El PCP o enfermero de L.A. Care responderá sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita ir a la clínica o al consultorio médico.

Si necesita atención médica de urgencia (cuando la condición, enfermedad o lesión no pone en peligro su vida, pero necesita atención médica inmediata), llame o vaya al centro de atención médica de urgencia más cercano. Muchos de los médicos de L.A. Care tienen horarios de atención médica de urgencia por las noches, los fines de semana o los días feriados.

Si no puede asistir a su cita, debe llamar con la mayor antelación posible para que la clínica o el consultorio médico lo

sepan. Puede programar otra cita en ese momento. El tiempo de espera para una cita puede extenderse si el proveedor determina que un período de espera más prolongado no tendrá un impacto perjudicial en su salud. El tiempo de reprogramación de las citas se adecuará a sus necesidades de atención médica y garantizará la continuidad de la atención médica.

L.A. Care prestará o coordinará servicios telefónicos de evaluación de la prioridad para recibir atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El tiempo de espera para los servicios telefónicos de evaluación de la prioridad para recibir atención médica no superará los 30 minutos.

L.A. Care se asegurará de que todos los proveedores médicos tengan un servicio de respuesta o un contestador fuera del horario de atención, que proporcione instrucciones para comunicarse con el proveedor médico de guardia en caso de urgencia o emergencia.

Cómo cambiar de PCP

Cada miembro de su hogar inscrito en L.A. Care Covered *Direct*[™] puede seleccionar un PCP diferente. Al inscribirse, debe comunicarse al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para elegir un PCP. Si usted o alguno de sus Dependientes inscritos no seleccionó un PCP al momento de la inscripción, L.A. Care asignó un PCP para cada uno de ustedes en función de los siguientes criterios:

- El idioma que usted habla.
- La distancia hasta el consultorio de un PCP cercano a su hogar. Tratamos de asignarle un PCP dentro de un radio de 10 millas.
- La especialidad del PCP más apropiada para la edad del Miembro.

Si desea cambiar su PCP o el de un dependiente inscrito, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711). También puede realizar este cambio visitando nuestro sitio web en **lacare.org** y haciendo lo siguiente:

- Haga clic en “**Member Sign In**” (Registro para miembros).
- Haga clic en “**Change My Doctor**” (Cambiar mi médico).
- Siga las instrucciones para cambiar su médico.
- La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes para entrar en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, entrará en vigencia un mes después.
- Si su nuevo PCP trabaja con un PPG diferente, esto también puede cambiar los hospitales, especialistas y otros proveedores de atención médica de los cuales podrá recibir atención médica.

Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care

Nos enorgullecemos de nuestros médicos y de su capacitación profesional. Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) si tiene alguna pregunta sobre la formación profesional de los médicos y especialistas de nuestra red. L.A. Care puede darle información sobre dónde estudiaron medicina, completaron su residencia u obtuvieron su certificación profesional.

Evaluación de la salud

Al inscribirse en L.A. Care Covered *Direct*[™], es importante que sepamos cómo podemos ayudarle. Su Paquete de bienvenida contiene un formulario denominado Evaluación de la salud (*Health Assessment*, HA). La HA incluye preguntas que nos ayudarán a conocer mejor sus necesidades de atención médica y a saber cómo podemos ayudarle. Mantendremos la confidencialidad de la información que nos proporcione y la compartiremos únicamente con su PCP o su equipo de atención médica. **Es importante que complete la Evaluación de la salud dentro de los primeros cuatro (4) meses o 120 días de su membresía en L.A. Care Covered *Direct*[™]. Los adultos que completen satisfactoriamente su HA en un plazo de 120 días podrán recibir una Target GiftCard[®] de \$25.**

Puede completar la Evaluación de la salud en línea iniciando sesión en su cuenta de miembro en línea en **lacare.org**. Para obtener más información sobre cómo completar la HA, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Chequeo para miembros nuevos

Es importante que los Miembros nuevos se hagan un chequeo aunque no estén enfermos. **No olvide programar este chequeo dentro de los primeros tres (3) meses de su membresía en L.A. Care Covered *Direct*[™]. Llame a su PCP hoy mismo para pedir una cita para un “chequeo para miembros nuevos”.** Esta visita también se llama “visita preventiva” o “visita de atención médica preventiva”. No se debe abonar ningún copago por esta visita. El número de teléfono de su PCP está en su tarjeta de identificación de L.A. Care.

La primera visita es importante. Su PCP revisa su historial médico, examina su estado de salud actual y comienza el tratamiento que usted pueda necesitar. Usted y su PCP también hablarán sobre la atención médica preventiva, que es la atención que ayuda a “prevenir” enfermedades o a evitar que empeoren ciertas condiciones médicas. Recuerde que los niños necesitan hacerse un chequeo anual, aunque no estén enfermos, para asegurarse de que estén sanos y de que estén creciendo bien.

Servicios de obstetricia y ginecología

Las Miembros de sexo femenino pueden recibir servicios de obstetricia y ginecología a través de un obstetra/ginecólogo o un médico familiar que no sea su médico personal designado. No necesitarán una referencia de su PCP ni del PPG afiliado. No obstante, el obstetra/ginecólogo o médico familiar debe pertenecer al mismo PPG que su PCP. Los servicios de obstetricia y ginecología se definen como:

- servicios médicos relacionados con la atención médica prenatal, perinatal y posnatal (para el embarazo);
- servicios médicos proporcionados para diagnosticar y tratar trastornos del sistema reproductivo y los genitales femeninos;
- servicios médicos para tratar trastornos de los senos;
- exámenes ginecológicos anuales de rutina.

Es importante destacar que los servicios proporcionados por un obstetra/ginecólogo o médico familiar fuera del grupo médico del PCP y sin autorización no estarán cubiertos por este plan de beneficios. Antes de programar la cita, debe llamar al consultorio de su PCP o al Departamento de Servicios para los Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación para miembro, para confirmar que el obstetra/ginecólogo pertenezca al PPG. Los servicios médicos de obstetras/ginecólogos son independientes de los servicios de especialistas descritos más adelante en la sección “Referencias a médicos especialistas”.

Referencias y autorizaciones previas

Una referencia es una solicitud de servicios de atención médica que no suelen ser proporcionados por su PCP. Para poder recibirlos, todos los servicios de atención médica deben ser aprobados por el PPG de su PCP. Esto se denomina autorización previa. La autorización previa es necesaria para algunos proveedores dentro de la red y todos los proveedores fuera de la red.

Existen diferentes tipos de solicitudes de referencia con diferentes plazos:

- referencia de rutina o regular: 5 días hábiles
- referencia urgente: de 24 a 48 horas
- referencia de emergencia: mismo día

Llame a L.A. Care si no recibe una respuesta dentro de los plazos detallados más arriba.

No se necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- servicios de emergencia (consulte la sección “Servicios de atención médica de emergencia” para obtener más información)
- servicios de atención médica preventiva (incluye inmunizaciones)

- servicios de obstetricia y ginecología dentro de la red
- Servicios de atención de la salud sexual y reproductiva dentro de la red

Todos los servicios de atención médica están sujetos a revisión, aprobación o denegación según la necesidad médica. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care si desea una copia de las políticas y los procedimientos utilizados para decidir si un servicio es médicamente necesario. El número es **1.855.270.2327** (TTY 711).

Algunos servicios de salud mental y por trastornos por abuso de sustancias necesitan autorización previa, incluidos los siguientes beneficios:

- programa residencial para casos de crisis
- servicios hospitalarios de salud mental y por trastornos por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
- servicios de recuperación residencial de transición no médicos para pacientes hospitalizados: para salud mental y uso de sustancias
- servicios profesionales (médicos) para pacientes hospitalizados
- servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- hospitalización parcial en consulta externa
- evaluación psicológica
- observación psiquiátrica
- tratamiento diurno por abuso de sustancias
- programas de tratamiento intensivo por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- programas de tratamiento intensivo de salud mental para pacientes ambulatorios
- tratamiento médico para la abstinencia de abuso de sustancias
- tratamiento para trastornos de la conducta para trastornos del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo)
- estimulación magnética transcranial para pacientes ambulatorios
- terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy*, ECT)

Los siguientes servicios de salud mental y por abuso de sustancias no requieren autorización previa:

- servicios de salas de emergencias
- terapia individual
- terapia en grupo
- evaluación diagnóstica
- administración de medicamentos para pacientes ambulatorios
- terapia de reemplazo de opioides

- atención médica de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- intervención en casos de crisis

Para obtener más información sobre los servicios que son accesibles sin autorización previa y el proceso general para obtener una autorización previa para todos los demás servicios de salud mental y por abuso de sustancias, llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858** (TTY **1.800.735.2929**).

Referencias a médicos especialistas

Los especialistas son médicos con capacitación, conocimientos y experiencia en un área de la medicina. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista del corazón que tiene años de capacitación especial para abordar problemas cardíacos.

Su PCP solicitará una autorización previa si considera que debe consultar a un especialista.

Servicios para los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento de condiciones de salud mental y por abuso de sustancias. Su PCP le prestará ciertos servicios para los trastornos de la conducta que estén dentro de los límites de su preparación y experiencia. Cuando necesite servicios para los trastornos de la conducta que excedan los límites de la preparación y experiencia de su PCP, lo enviará con especialistas en el cuidado para los trastornos de la conducta. Su PCP o usted pueden llamar a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858** (TTY **1.800.735.2929**) para programar una cita. No se necesita autorización previa para recibir la mayoría de los servicios para los trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios.

Referencias a proveedores que no sean médicos

Usted puede recibir servicios de proveedores que no sean médicos que trabajen en el consultorio de su PCP. Estos proveedores pueden incluir, a modo de ejemplo, trabajadores sociales clínicos, terapeutas familiares, enfermeras con práctica médica y asistentes médicos.

Referencias permanentes

Es posible que usted tenga una condición o enfermedad crónica, que ponga en peligro su vida o que le deje incapacitado, como el VIH/SIDA. De ser así, quizás necesite visitar a un especialista o un profesional de la salud calificado por un período prolongado. Entonces, es posible que su PCP le sugiera, o usted puede solicitar, lo que se denomina una referencia permanente.

Una referencia permanente a un especialista o un profesional de la salud calificado requiere autorización previa. Con una referencia permanente, no necesitará autorización cada vez que visite al especialista o profesional de la salud

calificado. Puede solicitar una referencia permanente a un especialista que trabaje con su PCP o con un centro contratado de atención especializada.

El especialista o el profesional de la salud calificado diseñarán un plan de tratamiento para usted, el cual indicará con qué frecuencia deberá ir al médico. Una vez aprobado el plan de tratamiento, el especialista o el profesional de la salud calificado estarán autorizados para brindar servicios médicos. El especialista proporcionará servicios médicos dentro de su área de experiencia y capacitación y en función del plan de tratamiento.

Segundas opiniones

¿Qué es una segunda opinión?

Una segunda opinión es una visita que usted hace a otro médico cuando:

- tiene dudas respecto de un diagnóstico;
- no está de acuerdo con el plan de tratamiento del PCP, o
- desea confirmar el plan de tratamiento.

La segunda opinión debe provenir de un profesional de la salud calificado de la red de L.A. Care o su PPG. Si no hay un profesional de la salud calificado dentro de la red, L.A. Care o su PPG coordinarán una cita con uno. Usted tiene derecho a solicitar y obtener una segunda opinión, y a requerir que las opiniones de rutina y urgentes se proporcionen de forma oportuna.

¿Qué debe hacer?

Paso 1: Hable con su PCP o con L.A. Care y dígales que le gustaría ver a otro médico y explíqueles el motivo.

Paso 2: Su PCP o L.A. Care le referirán a un profesional de la salud calificado.

Paso 3: Llame al médico que le dará la segunda opinión para pedir una cita.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede presentar una queja ante L.A. Care. Consulte la sección “*Quejas y apelaciones*” para obtener más información.

Cómo encontrar una farmacia

L.A. Care trabaja con muchas farmacias. Puede recibir un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días en determinadas farmacias de la red. Pídale a su médico que le haga una receta para 90 días. Los medicamentos recetados por su PCP o especialista deben surtirse en una farmacia de la red.

Para encontrar una farmacia cercana:

Visite el sitio web de L.A. Care en **lacare.org** para encontrar una farmacia en su vecindario. Haga clic en:

- “**For Members**” (Para Miembros)

- **“Pharmacy Services”** (Servicios de farmacia)
- **“Search Now”** (Buscar ahora) en la sección **“Find a Pharmacy”** (Buscar una farmacia)

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de L.A. Care al surtir sus recetas en la farmacia.

Algunos medicamentos especiales están sujetos a distribución limitada por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. o requieren un manejo especial, coordinación del proveedor o educación especial que no se puede proporcionar en su farmacia local. Los agentes antineoplásicos y biológicos son ejemplos de tales medicamentos especializados y están identificados en el Formulario con el código especial SP (Specialty Pharmacy), disponibilidad en farmacia especializada, o MSP (Mandatory Specialty Pharmacy), farmacia especializada obligatoria. Puede consultar el formulario visitando el sitio web de L.A. Care en lacare.org para obtener información sobre si un medicamento debe surtirse en un farmacia especializada o no. Haga clic en:

- **“For Members”** (Para Miembros)
- **“Pharmacy Services”** (Servicios de farmacia)
- **“L.A. Covered Complete Formulary”** (Formulario completo de L.A. Covered en la sección “Resources” (Recursos))

También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Farmacia de pedidos por correo

El servicio de pedido por correo le permite recibir un suministro para hasta 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que debe tomar durante un período largo para tratar una condición médica a largo plazo, como para la presión arterial alta o para la diabetes. Para abrir una cuenta de pedidos por correo o para pedir que le vuelvan a surtir un receta médica vigente, acceda a la farmacia de pedidos por correo WellDyneRx llamando al **1.855.270.2327** (TTY 711) o visitando el sitio web de L.A. Care, lacare.org. Haga clic en todas estas opciones:

- **“For Members”** (Para Miembros)
- **“Pharmacy Services”** (Servicios de farmacia)
- **“Mail Order Pharmacy Forms”** (Formularios de farmacia de pedidos por correo)

Si se agotaron las veces que puede volver a surtir los medicamentos, deberá obtener una nueva receta con su médico u otra persona que recetó los medicamentos. Este es un servicio gratuito y opcional para los miembros. Algunos medicamentos requieren un manejo especial y que una farmacia especializada contratada por L.A. Care los procese y se los envíe.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

L.A. Care utiliza una lista de medicamentos aprobados llamada Formulario para garantizar que usted tenga acceso a los medicamentos recetados más apropiados, seguros y efectivos.

L.A. Care cubre todos los medicamentos médicamente necesarios del Formulario si su médico u otra persona que recetó los medicamentos indica que usted los necesita para recuperarse o mantenerse saludable, y si usted surte la receta en una farmacia de la red de L.A. Care. Para los medicamentos que no aparezcan en el Formulario, es necesario que su médico u otra persona que recetó el medicamento obtenga una aprobación antes de que usted surta el medicamento. Consulte la sección Medicamentos no incluidos en el Formulario. El Formulario es revisado y aprobado por un comité de médicos y farmacéuticos en forma trimestral, e incluye los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados. Puede ver el Formulario en el sitio web de L.A. Care, lacare.org.

- Haga clic en **“For Members”** (Para Miembros).
- Haga clic en **“Pharmacy Center”** (Centro de farmacias).
- Haga clic en **“Formulary”** (Formulario) en la sección **“Member Materials”** (Materiales para miembros).

También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711) para solicitar una copia del formulario. Además, puede solicitar una copia del formulario en el idioma o formato de su preferencia, como letra grande o audio.

Copagos de farmacia

L.A. Care cubre medicamentos genéricos, de marca y de especialidad. Usted es responsable de pagar un copago por cada medicamento surtido en la farmacia. La cantidad del copago depende de la categoría del medicamento o el nivel indicado en el formulario (por ejemplo: Nivel 1, 2, 3, 4) y su plan de beneficios (por ejemplo: Gold, Silver o Bronze). Consulte el *“Resumen de beneficios”* para conocer los copagos, los deducibles, los deducibles integrados o los límites de gastos de bolsillo que podrían aplicarse a los beneficios de farmacia.

El formulario de L.A. Care incluye:

- Medicamentos recetados aprobados.
- Suministros para la diabetes: insulina, jeringas para la insulina, tiras reactivas para las pruebas de glucosa, lancetas.
- EpiPen y Anakit
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores.
- Anticonceptivos de emergencia: puede obtener anticonceptivos de emergencia sin costo para usted a través de su médico o farmacia con una receta de su médico. También puede obtener anticonceptivos de emergencia a través de un farmacéutico certificado sin una receta.

Para obtener información sobre las farmacias que ofrecen anticonceptivos de emergencia a través de farmacéuticos certificados sin una receta, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Los anticonceptivos de emergencia también están cubiertos al recibir servicios de atención médica de emergencia. Puede recibir servicios de atención médica de emergencia a través de médicos, hospitales, farmacias u otros profesionales de atención médica, ya sea que tengan o no un contrato con L.A. Care.

Medicamentos no incluidos en el Formulario

Es posible que, a veces, los médicos deban recetarle medicamentos que no están incluidos en el Formulario. En estos casos, el médico deberá obtener la autorización de L.A. Care para surtir la receta. Para decidir si se cubrirá el medicamento no incluido en el Formulario, L.A. Care podrá solicitar más información al médico o farmacéutico. L.A. Care responderá al médico o farmacéutico en un plazo de 24 para solicitudes urgentes o en un plazo de 72 horas para las solicitudes estándar después de recibir la información médica solicitada. Las circunstancias urgentes se dan cuando una condición de salud puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima o cuando se está sometido a un tratamiento actual con un medicamento que no está incluido en el formulario.

El médico o farmacéutico le informará si el medicamento fue aprobado. Después de la aprobación, usted podrá obtener el medicamento en una farmacia del plan. Consulte la sección “*Cómo encontrar una farmacia*” en la página 16.

Si el medicamento no incluido en el formulario no se aprueba, usted tendrá derecho a apelar. (Consulte la sección “*Quejas y apelaciones*” para obtener más información).

Restricciones o reglas especiales

Algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites sobre la cantidad que puede recibir. En algunos casos usted o su médico u otra persona que recetó el medicamento deben hacer algo antes de que pueda surtir el medicamento. Por ejemplo:

Aprobación previa (o autorización previa): para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona que recetó el medicamento deben obtener la aprobación de L.A. Care antes de que pueda surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que L.A. Care no cubra el medicamento.

Límites de cantidad: por su seguridad, es posible que L.A. Care limite la cantidad de algunos medicamentos que puede obtener por cada receta médica, o limitar el número de veces que puede volver a surtir algunos medicamentos. Si su médico u otra persona que recetó el medicamento creen que la cantidad limitada no es suficiente para usted y su condición médica, entonces se puede solicitar que se haga una excepción a la regla sobre los límites de cantidad.

Terapia de pasos: algunos medicamentos tienen una regla especial llamada terapia de pasos. Esto significa que antes de que se pueda cubrir el medicamento recetado, usted deberá probar otro medicamento que esté incluido en el formulario. Si su médico u otra persona que recetó el medicamento piensan que el primer medicamento no funciona para usted, entonces puede solicitar que se haga una excepción a la regla de la terapia de pasos.

Excepciones en la cobertura: su médico u otra persona que recetó el medicamento pueden enviar las solicitudes para hacer una excepción respecto a los límites de cantidad o la terapia de pasos o para la cobertura de un medicamento no incluido en el formulario a través del formulario de autorización previa. La decisión sobre la aprobación o denegación de la solicitud de excepción puede tomarse en un plazo de 24 horas si la solicitud es urgente o en un plazo de 72 horas si no es urgente. Si no está conforme con la decisión sobre la excepción de la cobertura, tiene derecho a apelar la decisión ante L.A. Care Health Plan o presentar una queja ante 3 diferentes revisores: 1) L.A. Care Health Plan, 2) un revisor externo y 3) un revisor médico independiente del Departamento de Atención Médica Administrada. Consulte la sección “*Quejas y apelaciones*” para obtener más información.

Servicios de atención médica de emergencia y urgencia

Servicios de atención médica de urgencia

No es lo mismo necesitar atención médica de urgencia que tener una emergencia. La atención médica de urgencia es para una condición, enfermedad o lesión que no pone en peligro su vida, pero que necesita tratarse de inmediato. Muchos de los médicos de L.A. Care tienen horarios de atención médica de urgencia por las noches y los fines de semana.

Cómo recibir atención médica de urgencia

1. Llame a su médico PCP. Es posible que hable con una operadora, quien se encarga de atender las llamadas del consultorio de su médico PCP cuando está cerrado (después del horario de atención habitual, los fines de semana o días feriados).
2. Solicite hablar con su médico PCP o con el médico de guardia. Un médico se comunicará con usted. Si su PCP no está disponible, es posible que le conteste otro médico. Hay un médico disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los fines de semana y días feriados.
3. Explique su condición al médico y siga sus instrucciones.

Si se encuentra fuera del Condado de Los Ángeles, no necesita llamar a su médico PCP o pedir autorización previa antes de recibir servicios de atención médica de urgencia. Asegúrese de informar a su PCP que ha recibido estos servicios. Puede ser que necesite atención médica de seguimiento de su médico PCP.

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia tienen cobertura en todas partes las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de atención médica de emergencia son servicios que una persona sensata consideraría necesarios para resolver o aliviar:

- una enfermedad o un síntoma grave
- una lesión, un dolor intenso o un trabajo de parto
- una condición que necesite diagnóstico y tratamiento inmediato

Los servicios y la atención médica de emergencia incluyen servicios de ambulancia, pruebas de detección, evaluaciones y exámenes proporcionados por un médico u otro personal apropiado. Los servicios de emergencia incluyen condiciones físicas y psiquiátricas de emergencia, y trabajo de parto.

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- problemas respiratorios
- convulsiones
- hemorragia abundante
- pérdida del conocimiento/desmayos (la persona no despierta)
- dolor intenso (incluido dolor en el pecho)
- ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- fracturas
- lesiones en la cabeza
- lesión en los ojos
- pensamientos o acciones que manifiestan la intención de lastimarse o lastimar a otra persona

Si considera que tiene una emergencia médica, llame al 911. No es necesario que llame a su médico antes de dirigirse a la sala de emergencias. No acuda a la sala de emergencias para recibir atención médica de rutina.

Qué hacer en caso de emergencia:

Si tiene una emergencia, **llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.** Los servicios de atención médica de emergencia están cubiertos en todo momento y en todas partes.

Qué hacer si no está seguro de que se trate de una emergencia

Si no está seguro de si necesita recibir atención médica de emergencia o urgencia, comuníquese a la Línea de Enfermería de L.A. Care al **1.800.249.3619** para acceder a servicios de evaluación de la prioridad para recibir atención médica, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Una vez que su condición médica de emergencia se haya tratado en un hospital y ya no exista una emergencia porque

su condición se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento desee que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos luego de que una condición de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posestabilización”.

Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (un “hospital no participante”), el hospital se comunicará con L.A. Care para obtener la aprobación para que usted permanezca en dicho hospital.

Si L.A. Care aprueba la continuación de su estadía en el hospital no participante, usted solamente deberá pagar la parte del costo compartido del miembro por la estadía en el hospital, con sujeción al deducible aplicable. No obstante, tenga en cuenta que si algún costo compartido se basa en un porcentaje de los cargos facturados, el costo generalmente es mayor en los hospitales no participantes. Si L.A. Care notificó al hospital no participante que usted puede ser trasladado sin riesgos a uno de sus hospitales participantes, L.A. Care coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante.

Si L.A. Care determina que usted puede ser trasladado sin riesgos a un hospital participante y usted, su cónyuge o el tutor legal no está de acuerdo con su traslado, el hospital no participante deberá notificarle por escrito a usted, su cónyuge o el tutor legal que deberán pagar el costo total de los servicios posestabilización que se proporcionen en el hospital no participante después de la estabilización de su condición de emergencia.

Asimismo, es posible que deba pagar los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización.

Si cree que le facturaron inadecuadamente por servicios posestabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711).

Servicios no calificados

Los servicios no calificados son los servicios que no son de emergencia, recibidos en la sala de emergencias. L.A. Care analizará todos los servicios de salas de emergencias proporcionados a los Miembros en función de la definición de servicios de emergencia que podría proporcionar cualquier persona prudente sin conocimiento especializado. El Miembro deberá pagar el costo de todo servicio no calificado. (Consulte la sección “*Servicios de emergencia*” para obtener más información).

Continuidad de la atención médica

Continuidad de la atención médica por parte de un proveedor cancelado

Los miembros que estén recibiendo tratamiento por condiciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazo (incluida atención médica inmediatamente posterior al parto) o enfermedad terminal; o los miembros menores desde el nacimiento hasta los 36 meses; o los miembros que hayan recibido de un proveedor cancelado autorización para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado pueden solicitar, en determinados casos, completar la atención con un proveedor que abandona la red de proveedores de L.A. Care Covered **Direct**[™]. Llame a Servicios para los Miembros para recibir información sobre criterios de elegibilidad y ayuda para solicitar continuar recibiendo la atención médica de un proveedor cancelado.

Continuidad de la atención médica para miembros nuevos por parte de proveedores no participantes

Los miembros nuevos que estén recibiendo tratamiento por condiciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazo (incluida atención médica inmediatamente posterior al parto) o enfermedad terminal; o los miembros menores desde el nacimiento hasta los 36 meses; o los miembros que hayan recibido de un proveedor autorización para someterse a una cirugía u otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado pueden solicitar, en determinados casos, completar la atención con un proveedor no participante que atendía al Miembro cuando la cobertura de L.A. Care Covered **Direct**[™] entró en vigor. Llame a Servicios para los Miembros para recibir información sobre criterios de elegibilidad y ayuda para solicitar continuar recibiendo la atención médica de un proveedor no participante.

Quejas y apelaciones

Proceso de quejas y apelaciones de L.A. Care

¿Qué hacer si no estoy satisfecho con mi servicio?

Si no está satisfecho, tiene problemas o tiene preguntas sobre el servicio o la atención médica que se le ha proporcionado, puede informárselo a su PCP. Su PCP podrá ayudarle o contestar sus preguntas. No obstante, también puede presentar una queja ante L.A. Care en cualquier momento y no está obligado a comunicarse con su PCP antes de presentar dicha queja.

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de disconformidad o un reclamo del miembro. La queja puede presentarse en forma escrita o verbal. Usted tiene derecho a presentar una queja.

Debe presentar su queja en un plazo de 180 días consecutivos a partir de la fecha de su disconformidad. Algunos ejemplos de motivos para presentar una queja son:

- el servicio o la atención médica que le brindan su PCP u otros proveedores
- el servicio o la atención médica que le brinda el grupo médico de su PCP
- el servicio o la atención médica que le brinda su farmacia
- el servicio o la atención médica que le brinda su hospital
- el servicio o la atención médica que le brinda L.A. Care

Cómo presentar una queja

Hay varias formas de presentar una queja. Elija una de las siguientes opciones:

- Escriba, visite o llame a L.A. Care. También puede presentar una queja en línea en inglés o español a través del sitio web de L.A. Care en **lacare.org**.
- Utilice los datos incluidos a continuación para comunicarse con L.A. Care si necesita un formulario de queja en un idioma que no sea español o inglés, o en otro formato (por ejemplo, letra grande... o audio).

L.A. Care Health Plan
Member Services Department
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
1.855.270.2327 TTY 711
lacare.org

- Complete un formulario de queja en el consultorio de su médico. L.A. Care puede ayudarle a completar el formulario de queja por teléfono o en persona. Si necesita servicios de interpretación, trabajaremos con usted para asegurarnos de que podamos comunicarnos con usted en el idioma de su preferencia.

Los Miembros con pérdida de la audición o del habla pueden llamar al número de TTY de L.A. Care al **711**.

Recibirá una carta de L.A. Care en un plazo de cinco días consecutivos a partir de la recepción de su queja para acusar recibo de dicha queja e indicarle que se está trabajando en la cuestión. Luego, en un plazo de 30 días consecutivos a partir de la recepción de su queja, recibirá una carta de L.A. Care donde le explicarán la resolución de la queja.

La presentación de una queja no afectará sus beneficios médicos. Si presenta una queja, podrá seguir recibiendo servicios médicos mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre la continuidad de los servicios médicos, llame a L.A. Care.

Qué hacer si no está de acuerdo con el resultado de su queja

Si L.A. Care no se comunica con usted dentro de un plazo de 30 días consecutivos, o usted no está de acuerdo con la decisión respecto de su queja, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)”.

Cómo presentar una queja por servicios de atención médica denegados o demorados por no ser médicamente necesarios

Si cree que un servicio de atención médica ha sido denegado, modificado o demorado incorrectamente por L.A. Care porque se determinó que no era médicamente necesario, puede presentar una queja. Esto se denomina servicio de atención médica en disputa.

Recibirá una carta de L.A. Care en un plazo de cinco días consecutivos a partir de la recepción de su queja para acusar recibo de dicha queja e indicarle que se está trabajando en la cuestión. La carta también incluirá el nombre de la persona a cargo de su queja. Luego, dentro de un plazo de 30 días consecutivos, recibirá una carta donde le explicarán la resolución de la queja.

La presentación de una queja no afectará sus beneficios médicos. Si presenta una queja, podrá seguir recibiendo servicios médicos mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre la continuidad de los servicios médicos, llame a L.A. Care.

Qué hacer si no está de acuerdo con el resultado de su queja por servicios de atención médica denegados o demorados por no ser médicamente necesarios

Si L.A. Care no se comunica con usted dentro de un plazo de 30 días consecutivos, o usted no está de acuerdo con la decisión respecto de su queja, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “*Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)*”.

Cómo presentar una queja por casos urgentes

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

- dolor intenso
- posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo
- deterioro inmediato y grave de su salud

Si su queja es urgente, puede solicitar una “revisión acelerada” de su queja. Recibirá una llamada acerca de su queja en 24 horas. L.A. Care tomará una decisión dentro de los tres días consecutivos siguientes a la fecha en que se reciba su queja.

Tiene derecho a presentar una queja urgente ante el DMHC sin presentar una queja ante L.A. Care. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “*Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)*”.

Qué hacer si no está de acuerdo con el resultado de su queja por casos urgentes

Si L.A. Care no se comunica con usted dentro de un plazo de tres días consecutivos, o usted no está de acuerdo con la decisión respecto de su queja, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “*Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)*”.

Cómo presentar una queja para apelar una decisión sobre una autorización previa para un medicamento recetado

Si no está de acuerdo con el resultado de la decisión sobre una excepción de la cobertura, usted, un representante o su proveedor tienen derecho a apelar la decisión. Usted, un representante o su proveedor también pueden pedir que la solicitud de excepción de la cobertura sea evaluada nuevamente por un revisor externo a través de una *organización de revisión*

independiente (Independent Review Organization, IRO). Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que la decisión sobre la excepción de la cobertura sea evaluada nuevamente por el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) a través de una *revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR)*. Consulte la sección “*Revisión Médica Independiente*”. Recibirá información sobre cómo presentar una apelación, una revisión externa o una IMR con su carta de denegación.

Revisión Médica Independiente

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) al DMHC. Usted dispone de un plazo de hasta seis meses a partir de la fecha de denegación para solicitar una IMR. Recibirá información sobre cómo solicitar una IMR con su carta de denegación. Las cartas de resolución de quejas también incluyen información sobre la solicitud de una IMR y se adjuntará a la carta de resolución de quejas una copia del formulario de solicitud de la IMR o un sobre dirigido al DMHC. Puede comunicarse al DMHC llamando a la línea gratuita al **1.888.HMO.2219** o al **1.888.466.2219**.

No tiene que pagar por la IMR. Usted tiene derecho a proporcionar información que apoye su solicitud de una IMR. Si luego de presentar la solicitud de IMR usted decide no participar en el proceso de IMR, podría perder ciertos derechos legales a iniciar acciones legales contra el plan.

Cuándo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)

Puede solicitar una IMR si cumple los siguientes requisitos:

- Su médico dice que necesita un servicio de atención médica debido a que es médicamente necesario, y se lo deniegan.
- Recibió servicios de atención médica de urgencia o de emergencia que se consideraban necesarios, y se los denegaron.
- Visitó a un médico de la red para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica, aunque no le recomendaron los servicios de atención médica.
- L.A. Care denegó, modificó o demoró el servicio de atención médica en disputa basándose total o parcialmente en la decisión de que el servicio de atención médica no era médicamente necesario.

La disputa se presentará a un especialista médico del DMHC si reúne los requisitos para una IMR. El especialista tomará una decisión independiente para determinar si la atención es médicamente necesaria o no. El DMHC le enviará una copia de la decisión de la IMR. Si el DMHC decide que es médicamente necesario, L.A. Care le prestará el servicio de atención médica.

Casos no urgentes

Para los casos que no son de urgencia, la decisión de la IMR debe tomarse dentro de un plazo de 30 días. El período de 30 días empieza cuando el DMHC recibe su solicitud y todos los documentos.

Casos urgentes

Si su queja es urgente y requiere una revisión rápida, usted puede comunicarse al DMHC de inmediato. No se le pedirá que siga el proceso de quejas del plan de salud.

En casos urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse dentro de un plazo de tres días consecutivos a partir de la fecha en la que se reciba su información.

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

- dolor intenso
- posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo
- deterioro inmediato y grave de su salud

Revisión Médica Independiente para denegaciones de terapias experimentales y de investigación

También es posible que tenga derecho a una IMR a través del Departamento de Atención Médica Administrada cuando deneguemos la cobertura de un tratamiento que hemos determinado que es experimental o está en investigación.

- Le notificaremos por escrito sobre la oportunidad de solicitar una IMR de una decisión que deniegue una terapia experimental o de investigación dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles luego de la decisión de denegar la cobertura.
- No está obligado a participar en el proceso de quejas de L.A. Care 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 eficaz si no se iniciara de inmediato, la decisión de la IMR se proporcionará dentro de un plazo de siete (7) días de la solicitud de una revisión acelerada.

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California se encarga de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra L.A. Care, primero debe llamar por teléfono a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711**) y usar el proceso de quejas de L.A. Care antes de comunicarse al DMHC. Utilizar este proceso de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda llegar a corresponderle. Si necesita

ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que L.A. Care no resolvió de manera satisfactoria o una queja que no ha sido resuelta en un período de más de 30 días, puede llamar al DMHC para solicitar asistencia. Además, es posible que pueda solicitar una IMR. De ser así, el proceso de la IMR llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento de Atención Médica Administrada tiene un número de teléfono gratuito, **1.888.HMO.2219**, para recibir quejas relacionadas con los planes de salud. Las personas con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar la línea TTY del departamento (**1.877.688.9891**) para comunicarse al DMHC. El sitio web en Internet del DMHC **www.hmohelp.ca.gov** tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

El proceso de quejas de L.A. Care y el proceso de revisión de quejas del DMHC se proporcionan en forma adicional a cualquier otro procedimiento de resolución de conflictos que pueda estar a su disposición, y el hecho de que usted no use estos procesos no impide que utilice cualquier otro recurso legal a su disposición.

L.A. Care le brindará servicios de interpretación si no habla inglés. Puede usar los números de TTY gratuitos que aparecen en “*Cómo presentar una queja*” si es un Miembro con problemas auditivos. Con su consentimiento por escrito, su médico también puede presentar una apelación en su nombre.

Elegibilidad e inscripción**Requisitos de elegibilidad de los miembros**

Para participar en L.A. Care Covered **Direct™**, usted y sus dependientes deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad, según lo determinado por L.A. Care, incluidos los detallados a continuación:

- vivir o tener residencia en el Condado de Los Ángeles

Período de inscripción abierta

El período de inscripción abierta para los Miembros de nuestros planes de salud calificados (*Qualified Health Plans, QHP*) comienza el 1 de noviembre de 2017 para la cobertura que comienza el 1 de enero del año calendario siguiente. Los períodos de inscripción abierta están sujetos a cambios anualmente según las pautas federales y estatales. Durante este período, nuestros Miembros pueden agregar dependientes elegibles, informar cambios demográficos, cambiar de compañía de seguros o cambiar de plan de beneficios mediante

la actualización de su solicitud o comunicarse a Servicios de Apoyo para la Inscripción (Enrollment Support Services) de L.A. Care Covered *Direct*[™] al **1.855.222.4239** (TTY **711**). Le notificaremos sobre el comienzo de su período de inscripción y las medidas que necesite tomar, si corresponde.

Cobertura para recién nacidos

Un niño recién nacido del Suscriptor o de su cónyuge tiene cobertura automáticamente a partir del momento de su nacimiento hasta el día número 30 de vida. Para que su cobertura continúe después del día 30 de vida, debe inscribir a su hijo en un plazo de 31 días a partir del nacimiento presentando una solicitud de inscripción para L.A. Care Covered *Direct*[™] y pagar cualquier cargo de inscripción correspondiente. Si no inscribe a su hijo dentro de los primeros 31 días posteriores a su nacimiento, su hijo será elegible para inscribirse en un período de inscripción especial dentro de los primeros sesenta (60) días posteriores a su nacimiento.

Inscripción especial

Si no se inscribe cuando sea elegible por primera vez y luego desea inscribirse, solamente podrá hacerlo si es elegible debido a que ha experimentado determinados eventos calificados de la vida, conforme a las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales aplicables (45 C.F.R. § 155.420). Los eventos calificados de la vida incluyen, a modo de ejemplo: una persona o un dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima, o una persona que no tenía la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense o no era residente legal de los Estados Unidos pasa a tener dicha condición.

Para reunir los requisitos para el período de inscripción especial, debe solicitar la cobertura en un plazo de sesenta (60) días a partir del evento calificado de la vida.

Proceso de solicitud

Para solicitar la cobertura de L.A. Care Covered *Direct*[™], las personas pueden visitar el sitio web de L.A. Care en lacare.org y descargar una solicitud electrónica, o ponerse en contacto con L.A. Care para pedir una solicitud. También pueden solicitar la cobertura por teléfono a través de un especialista en inscripciones.

Fecha de inicio de la cobertura

L.A. Care revisará y procesará su solicitud completa al recibirla. Espere hasta recibir su factura mensual para realizar el pago de su prima inicial. Una vez que se haya aprobado la solicitud y se haya recibido el pago completo para el primer mes, L.A. Care le enviará un Paquete de bienvenida para Miembros nuevos y una tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care que incluye la fecha de entrada en

vigor de la cobertura. Los pagos de las primas después del mes inicial deben ser pagaderos a L.A. Care Health Plan al domicilio indicado en la factura mensual.

Cómo agregar dependientes a su cobertura

Si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los sesenta (60) días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Usted deberá completar una solicitud de L.A. Care Covered *Direct*[™] para agregar nuevos dependientes a su actual cobertura. Todos los dependientes deben cumplir los criterios de elegibilidad y contar con la aprobación de L.A. Care. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY **711**) si necesita más información.

Responsabilidades en materia de pagos

¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?

Las primas son cuotas mensuales que una Persona inscrita paga para cubrir los costos básicos del paquete de atención médica para la Persona inscrita y sus Dependientes inscritos. La Persona inscrita debe pagar las primas del plan de salud directamente a L.A. Care a su vencimiento.

Primas mensuales

Su prima mensual se basa en tres factores fundamentales: 1) el plan de beneficios que seleccionó (Silver, Gold, etc.); y 2) su edad y el lugar donde reside.

Una vez que esté inscrito en L.A. Care Covered **Direct™**, recibirá una factura de la prima mensual. Si lo prefiere, puede recibir la notificación de su factura por correo electrónico, pero primero debe crear una cuenta de pago en línea y seleccionar la opción de facturación electrónica. Visite lacare.org para obtener más información sobre cómo pagar sus primas. Deberá realizar el pago a L.A. Care a más tardar el vigésimo sexto (26.º) día de cada mes para que su cobertura comience el primer (1.º) día del mes siguiente. Si no recibimos su pago correspondiente a la primera prima, se considerará que el pago está vencido y se le enviará una notificación de cancelación (ejemplo: si no recibimos el pago antes del 1 de febrero respecto de cobertura que se inicia en esa fecha). Si desea más información, consulte la sección más adelante “Cancelación de L.A. Care por falta de pago de la cuota”.

L.A. Care ofrece diversas opciones y métodos para pagar su prima mensual. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711) para analizar estas opciones, o visite nuestro sitio web en lacare.org.

Los pagos también pueden realizarse enviando un cheque de caja, un giro postal o un cheque personal por el Servicio Postal de los Estados Unidos a la dirección detallada a continuación. Emita los pagos de la prima a nombre de: **L.A. Care Health Plan.**

L.A. Care Health Plan
P.O. Box 2168
Omaha, NE 68103

L.A. Care no aumentará su prima durante el año calendario 2018, a menos que usted cambie de plan o informe un cambio demográfico que pueda afectar su elegibilidad y la suma de la prima.

Importante: Si cambia de dirección, o si prefiere recibir las notificaciones de las facturas de sus primas por correo electrónico, notifíquelo de inmediato a L.A. Care llamando a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711).

¿Qué son los copagos (otros cargos)?

Además de la prima mensual, es posible que deba pagar un cargo al recibir un servicio cubierto. Este cargo se denomina copago y está detallado en el Resumen de beneficios. Si revisa su Resumen de beneficios, verá que la cantidad del copago depende del servicio que reciba. Una persona inscrita siempre debe estar preparada para pagar el copago durante una visita a su PCP, especialista o cualquier otro proveedor.

Nota: No debe pagar copagos por servicios de atención médica preventiva, atención prenatal o visitas previas a la concepción. La atención médica preventiva incluye, entre otros servicios:

- inmunizaciones
- chequeos de rutina para niños
- Consulte la sección “Exclusiones y limitaciones” de este Manual para Miembros para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos sin cargo, o llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Costos compartidos

Reglas generales, ejemplos y excepciones

El costo compartido es la suma que usted debe pagar por un servicio cubierto, por ejemplo: el deducible, el copago o el coseguro. Su costo compartido por los servicios cubiertos será el costo compartido vigente en la fecha en que reciba los servicios, excepto en los siguientes casos:

- Si está recibiendo servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos o servicios de hospitales de enfermería cubiertos en la fecha de entrada en vigor de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, usted deberá pagar el costo compartido que estaba vigente en su fecha de admisión hasta que sea dado de

alta si los servicios estaban cubiertos por su plan de salud anterior y no hubo ninguna interrupción en la cobertura. No obstante, si los servicios no estaban cubiertos por su plan de salud anterior, o si hubo una interrupción en la cobertura, usted deberá pagar el costo compartido vigente en la fecha en que reciba los servicios.

- Para los artículos pedidos por anticipado, usted deberá pagar el costo compartido vigente en la fecha del pedido (aunque solo cubriremos el artículo si sigue teniendo cobertura para dicho artículo en la fecha en que lo reciba) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando pida el artículo. Para los medicamentos recetados en consulta externa, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información necesaria para surtir el grupo de medicamentos.

Cuándo podría recibir una factura

En la mayoría de los casos, le pediremos que realice un pago a cuenta de su costo compartido al momento del ingreso. Tome en cuenta que es posible que este pago cubra solamente una parte del costo compartido total de los servicios cubiertos que reciba. El proveedor del servicio le facturará cualquier costo compartido adicional adeudado. A continuación, le brindamos algunos ejemplos de cuándo podría recibir una factura:

- Usted recibe servicios durante su visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si usted está programado para recibir tratamiento para una condición existente, al momento de ingresar le pediremos que pague el costo compartido que se aplique a esos servicios. Si su proveedor descubre otro problema de salud durante la visita, es posible que le proporcione u ordene servicios adicionales no programados, como análisis de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico. Es posible que deba pagar costos compartidos independientes por cada uno de estos servicios adicionales no programados, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para el tratamiento de su condición existente.
- Usted recibe servicios de un segundo proveedor durante la consulta que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si usted está programado para recibir una prueba de diagnóstico, cuando ingrese le pediremos que pague el costo compartido que se aplique a esos servicios. Si su proveedor confirma un problema de salud durante el examen de diagnóstico, es posible que solicite asistencia a otro proveedor para proporcionarle servicios adicionales no programados (como un procedimiento ambulatorio). Es posible que deba pagar

costos compartidos independientes por los servicios no programados del segundo proveedor, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para su examen de diagnóstico.

- Usted ingresa para recibir servicios de atención preventiva y recibe servicios no preventivos durante la visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si asiste por un examen físico de mantenimiento de rutina, al ingresar le pediremos que pague el costo compartido que se aplique a esos servicios (el costo compartido podría aparecer como “sin costo”). Si su proveedor descubre un problema de salud durante el examen físico de mantenimiento de rutina, es posible que indique servicios no preventivos para diagnosticar su problema (como análisis de laboratorio). Es posible que deba pagar costos compartidos independientes por los servicios no preventivos proporcionados para diagnosticar su problema, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para su examen físico de mantenimiento de rutina.
- Si usted recibe servicios cubiertos de una clínica de salud dentro de la red de proveedores de L.A. Care, pero los servicios cubiertos los proporciona un individuo profesional de la salud que no está en nuestra red:
- Sus costos compartidos para los servicios cubiertos que reciba fuera de la red de proveedores de L.A. Care no excederán lo que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos dentro de la red de proveedores de L.A. Care.

El deducible anual

El deducible anual es la cantidad que usted debe pagar durante el año calendario por determinados servicios cubiertos, antes de que L.A. Care cubra estos servicios con el copago o coseguro aplicable en ese año calendario. El deducible se basa en las tarifas contratadas de L.A. Care con sus proveedores participantes y se aplica a determinadas categorías de servicios conforme a lo definido en el “*Resumen de beneficios*”. Un Miembro que tiene Dependientes inscritos debe alcanzar el deducible individual, que es más bajo, pero los deducibles que pague cada uno de los Dependientes inscritos se suman para alcanzar el deducible familiar de todos los Miembros de la familia. Por ejemplo, si el deducible de una persona es de \$2,000 y el deducible de una familia de dos o más integrantes es de \$4,000, y si usted ha gastado \$2,000 en servicios sujetos al deducible, entonces no deberá pagar ningún costo compartido durante el resto del año calendario. No obstante, sus Dependientes inscritos tendrán que seguir pagando el costo compartido durante el año calendario hasta que su familia alcance el deducible familiar de \$4,000.

Máximo de gastos de bolsillo por año

El máximo de gastos de bolsillo por año (también denominado “límite de gastos de bolsillo”) es la cantidad más alta que usted o su familia (si tiene Dependientes inscritos que reciben cobertura médica) deben pagar durante un año de beneficios. El año de beneficios para los Miembros de L.A. Care **Direct™** comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre. Consulte el “Resumen de beneficios” para conocer su “límite de gastos de bolsillo”.

Pagos que se computan para el máximo

Todo pago de costos compartidos que realice por servicios dentro de la red se computará para el máximo de gastos de bolsillo. Asimismo, toda suma que pague por servicios cubiertos sujetos al deducible también se aplicará al máximo de gastos de bolsillo por año.

Cómo llevar un registro del máximo

Paso 1: Llevaremos un registro de sus pagos de gastos de bolsillo, según la información que recibamos de sus proveedores de atención médica. No obstante, dado que a veces las visitas y los pagos tardan en informarse, le pedimos que solicite y conserve todos los recibos de los pagos que realice a sus proveedores de atención médica por los servicios cubiertos.

Paso 2: Si cree que ya ha alcanzado su máximo anual de gastos de bolsillo del año calendario en curso, haga una copia de sus recibos, guarde las copias como constancia y envíe los originales a:

L.A. Care Health Plan
Attention: Member Services
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

Máximo de beneficios del miembro durante toda su vida

No existe ningún límite máximo en el total de pagos que efectuará el plan por los servicios cubiertos proporcionados por este plan de beneficios.

Obligaciones de los miembros

Consulte la sección “*Responsabilidad de terceros*” en la sección “*Información general*” para obtener más información sobre las obligaciones de los Miembros.

Los Miembros son elegibles únicamente para recibir servicios de atención médica que sean servicios cubiertos del Plan de Salud Calificado (QHP) individual y familiar. Aunque su médico le recomiende recibir servicios de atención médica que no sean servicios cubiertos, dichos servicios no constituirán beneficios del plan cubiertos para los Miembros. Los Miembros pueden recibir únicamente los

servicios cubiertos descritos en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*. Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles son los servicios cubiertos, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Cancelación de los beneficios

La membresía de una Persona inscrita en L.A. Care Covered **Direct™** se cancelará por los siguientes motivos:

- La Persona inscrita no paga las primas en la fecha de vencimiento.
- La Persona inscrita se muda fuera del Condado de Los Ángeles.
- La Persona inscrita solicita la transferencia a otro QHP.
- La Persona inscrita muere.

Solicitud de cancelación mediante una notificación por escrito

L.A. Care puede cancelar la cobertura de la Persona inscrita, por los siguientes motivos:

- fraude o engaño al obtener, o intentar obtener, los beneficios de este plan; y
- permitir a sabiendas que otra persona cometa un fraude o engaño en relación con este plan, como por ejemplo, permitir que otra persona utilice los beneficios de este plan o que trate deshonestamente de que L.A. Care pague por los beneficios proporcionados.

La cancelación de la cobertura en virtud de esta sección entrará en vigor al enviar la notificación de cancelación a la Persona inscrita.

La membresía de una Persona inscrita no se cancelará, bajo ninguna circunstancia, debido a su estado de salud o a la necesidad de servicios de atención médica. Toda Persona inscrita que crea que su membresía se ha cancelado debido a su estado de salud o a sus necesidades de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de la cancelación al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Cancelación debido al retiro-- de este plan de beneficios:

L.A. Care puede poner fin a este plan de beneficios. De ser así, se le enviará una notificación por escrito con noventa (90) días de anticipación y se le dará la oportunidad de inscribirse en cualquier otro plan de beneficios individual y familiar, independientemente de cualquier factor relacionado con el estado de salud.

Notificación de cancelación por escrito

Cuando se envíe una notificación de cancelación o no renovación por escrito a la Persona inscrita conforme a lo establecido en esta sección, dicha notificación deberá indicar la fecha, deberá enviarse a la última dirección conocida de la Persona inscrita y deberá detallar:

- la causa de la cancelación o no renovación, haciendo referencia específica a la sección de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* que otorga el derecho de cancelación o no renovación;
- que la causa de la cancelación o no renovación no fue el estado de salud de la Persona inscrita ni sus necesidades de servicios de atención médica;
- la fecha y horario de entrada en vigor de la cancelación o no renovación; y
- que sin perjuicio del procedimiento de apelación del miembro detallado en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, si la Persona inscrita cree que su membresía en el plan de salud se canceló debido a su estado de salud o sus necesidades de servicios de atención médica, puede solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada del estado de California.

NOTA: Si L.A. Care cancela la membresía de una Persona inscrita, la notificación se considerará válida si se envía a la última dirección conocida de la Persona inscrita.

Cancelación de L.A. Care por falta de pago de la cuota

L.A. Care podrá cancelar su cobertura si no paga la prima correspondiente a su vencimiento. Si se cancela su cobertura porque no pagó la prima correspondiente, la cobertura finalizará treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima. Le enviaremos una notificación de cancelación por escrito al menos treinta (30) días antes de la fecha de cancelación. Usted deberá pagar todas las primas devengadas mientras la cobertura de este plan de beneficios siga vigente, incluidas aquellas devengadas durante este período de gracia de treinta (30) días. La Notificación de confirmación de cancelación de la cobertura le informará lo siguiente:

- que su cobertura se ha cancelado, y los motivos de la cancelación;
- la fecha y la hora específicas de finalización de la cobertura para usted y todos sus Dependientes inscritos, y
- su derecho a solicitar la revisión de la cancelación. La notificación también le informará que si cree que se ha cancelado inadecuadamente su membresía o la membresía de un Dependiente en el plan de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Médica Administrada

(DMHC). La carta incluirá toda la información de contacto del DMHC.

Cancelación de la membresía

Si desea cancelar su membresía en L.A. Care Covered *Direct*[™], llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711). L.A. Care Health Plan calculará automáticamente cualquier pago en exceso y se lo reembolsará. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener un Formulario de solicitud de reembolso.

Cancelación de L.A. Care por falta de pago de la cuota

Deberá pagar su primera prima para convertirse en Miembro y comenzar a usar sus beneficios de salud. Si no nos envía el pago de su primera prima antes de la fecha de vencimiento, su cobertura se cancelará. Recibirá por correo una notificación donde se le informará que se ha cancelado su cobertura por falta de pago de la primera prima. Si su cobertura se cancela durante el período de inscripción abierta, podrá volver a solicitarla. Si su cobertura se cancela una vez finalizado el período de inscripción abierta, podrá solicitar la cobertura si tiene un evento calificado de la vida según lo descrito en este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros.

Beneficios del plan

Consulte el Resumen de beneficios para obtener información sobre los costos compartidos del miembro

Servicios de acupuntura

Generalmente se proporcionan únicamente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

Cirugía bariátrica

Cubrimos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluye habitación y comida, diagnóstico por imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios de médicos participantes) cuando se realizan para tratar la obesidad mediante la modificación del tubo digestivo para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted completa el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico, que brinda información sobre los cambios en el estilo de vida necesarios para el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.
- Un médico participante especialista en atención médica bariátrica determina que la cirugía es necesaria por motivos médicos. Para los servicios cubiertos relacionados con procedimientos quirúrgicos bariátricos que reciba, deberá pagar el costo compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, consulte la sección “Estadía en el hospital” del *Resumen de beneficios* para conocer el costo compartido que se aplica a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Los gastos de viaje también están cubiertos si el miembro vive a más de 50 millas del establecimiento al que sea referido el paciente. No obstante, no le reembolsaremos ningún gasto de viaje si le ofrecen una referencia a un establecimiento que se ubique a menos de 50 millas de su hogar.

Servicios para el cáncer

Pruebas de detección del cáncer

L.A. Care cubre todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas, lo que incluye:

- pruebas de detección del cáncer en general
- prueba de detección del cáncer cervical
 - pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH)
 - vacunas del VPH, como por ejemplo, Gardasil® para niñas y mujeres jóvenes de 9 a 26 años
- mamografías para detectar el cáncer de seno

- pruebas de detección del cáncer de próstata
- servicios de dietilestilbestrol

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se ha realizado o se realizará una mastectomía o una disección de nódulos linfáticos, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act). Para las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se proporcionará cobertura de una manera determinada en consulta con la paciente y el médico a cargo de la atención, para todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se haya realizado la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico, prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas. Dependiendo de la necesidad médica, usted y su médico decidirán cuánto tiempo debe permanecer en el hospital después de una cirugía. Estos beneficios se proporcionarán con sujeción al mismo costo compartido aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan.

Estudios clínicos sobre el cáncer

Si tiene cáncer, quizás pueda participar en un estudio clínico sobre el cáncer. Un estudio clínico sobre el cáncer es un estudio de investigación que se hace con enfermos de cáncer para determinar si un tratamiento o medicamento nuevo para el cáncer es seguro y sirve para tratar el tipo de cáncer que afecta al miembro. Cuando el médico de L.A. Care o el proveedor a cargo de su tratamiento le den una referencia para estudios clínicos sobre el cáncer, el estudio deberá cumplir determinados requisitos. Deberá tener probabilidades significativas de beneficiarle y deberá contar con la aprobación de una de las siguientes instituciones:

- el Instituto Nacional de Salud (*National Institute of Health*, NIH);
- la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA);
- los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
- la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica;
- los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
- un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades anteriores o del Departamento de la Defensa o del Departamento de Asuntos de los Veteranos;

- una entidad de investigación no gubernamental como la definen los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros, o
- el Departamento de Asuntos de los Veteranos, el Departamento de la Defensa o el Departamento de Energía, pero solamente si el estudio o la investigación ha sido revisado o aprobado por medio de un sistema de revisión entre pares que cumpla los requisitos de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Para los servicios cubiertos relacionados con un estudio clínico, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un estudio clínico.

Los siguientes servicios de estudio clínico no están cubiertos:

- servicios proporcionados únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y no utilizados en su tratamiento clínico
- servicios habitualmente proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas inscritas en el estudio clínico

Si tiene una condición debilitante o que pone en peligro su vida, o si reunía los requisitos para participar en un estudio clínico sobre el cáncer pero le negaron la cobertura, tiene derecho a solicitar una IMR de la denegación. Puede obtener más información sobre esto en la sección “*Qué hacer si no estoy satisfecho*”.

Servicios por trastornos por abuso de sustancias

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

Cubrimos la hospitalización en un hospital participante únicamente para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, complicaciones médicas agudas de la desintoxicación, lo que incluye habitación y comida, servicios profesionales para pacientes hospitalizados, servicios de médicos participantes, medicamentos, servicios de recuperación para farmacodependientes, educación y asesoría.

Servicios por trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias:

- programas de tratamiento diurno
- programas ambulatorios intensivos
- evaluación, asesoría y tratamiento individual y grupal de trastornos por abuso de sustancias
- tratamiento médico de los síntomas de abstinencia

Grupo adicional especialista en abuso de sustancias

Cubrimos el tratamiento de la terapia de reemplazo de opioides para todas las personas inscritas, cuando es médicamente necesario, en un centro de tratamiento con licencia y aprobado por el grupo médico.

Servicios de recuperación residenciales de transición

Cubrimos el tratamiento por abuso de sustancias en un establecimiento de recuperación residencial de transición no médico cuando cuenta con la aprobación por escrito del grupo médico. Estos establecimientos proporcionan servicios de asesoría y apoyo en un entorno estructurado.

Exclusión de los servicios por abuso de sustancias

Las exclusiones no se aplican a los servicios basados en evidencias prestados por profesionales de salud mental que estén permitidos conforme a la ley de California para los servicios de salud de la conducta

- terapias alternativas, a menos que el tratamiento haya sido aprobado recientemente como una práctica basada en evidencias
- biorretroalimentación, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y lo hayan recetado un médico y un cirujano con licencia o un psicólogo con licencia
- servicios proporcionados por personas sin licencia

Servicios dentales y ortodóncicos

No cubrimos los servicios dentales y ortodóncicos para adultos mayores de 19 años, pero sí cubrimos algunos servicios dentales y ortodóncicos según lo descrito en esta sección de “*Servicios dentales y ortodóncicos*”.

Servicios dentales para radioterapia

Cubrimos la evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con flúor y las extracciones que se necesiten para preparar la mandíbula para recibir radioterapia para el cáncer de cabeza o cuello, si un médico participante brinda los servicios o si el grupo médico autoriza una referencia a un dentista participante.

Anestesia dental

Para los procedimientos dentales en un establecimiento participante, proporcionamos la anestesia general y los servicios del establecimiento asociados con la anestesia si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted es menor de 7 años, tiene una discapacidad del desarrollo o su salud está comprometida.
- Debido a su estado clínico o una condición médica subyacente, el procedimiento dental debe proporcionarse en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio.
- Habitualmente no sería necesario administrar anestesia general para el procedimiento dental.

No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista.

Servicios dentales y ortodóncicos para paladar leporino

Cubrimos las extracciones dentales, los procedimientos dentales necesarios para preparar la boca para una extracción y los servicios ortodóncicos, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios constituyen una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino que cubrimos conforme a la sección “*Cirugía reconstructiva*” de esta sección de “*Beneficios del plan*”.
- Un médico participante proporciona los servicios o el grupo médico autoriza una referencia a un dentista u ortodoncista participante.

Costos compartidos para servicios dentales y ortodóncicos

Los servicios dentales y de ortodoncia cubiertos conforme a esta sección de “*Servicios dentales y de ortodoncia*” incluyen:

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.
- Consultas, exámenes y tratamiento en consulta externa.
- Cirugía ambulatoria: si se proporciona en un centro quirúrgico ambulatorio o en consulta externa o en el quirófano de un hospital, o si se proporciona en cualquier establecimiento y un integrante con licencia del equipo monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad luego de recibir medicamentos para reducir la sensibilidad o minimizar las molestias.

Cuidados para la diabetes

Cubre los siguientes servicios para diabéticos cuando son médicamente necesarios:

- Suministros para pruebas de diabetes en orina y dispositivos para la administración de insulina: cubrimos las tiras reactivas para medición de la cetona y los comprimidos para pruebas de acetona o azúcar o las cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina.
- Dispositivos para la administración de insulina: dispositivos de administración tipo pluma, agujas y jeringas desechables, y accesorios para la visión necesarios para garantizar la administración de una dosis adecuada (excepto anteojos).
- Medicamentos recetados: consulte la sección “*Medicamentos*” más adelante.
- Dispositivos podiátricos (como calzado especial o plantillas) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.
- Capacitación y educación de la salud para el autocontrol de la enfermedad.
- Educación de la familia para el autocontrol de la enfermedad.

Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico

Los servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico y los servicios de diagnóstico por imágenes se cubren por servicio o por prueba.

- Servicios de diagnóstico por imágenes que sean servicios de atención médica preventiva:
 - mamografías preventivas

- pruebas preventivas de detección de aneurismas aórticos
- tomografías computarizadas de densidad ósea
- densitometrías óseas
- Todas las demás tomografías computarizadas y todas las resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones están cubiertas.
- La medicina nuclear está cubierta.

Análisis de laboratorio:

- Análisis de laboratorio para monitorear la eficacia de la diálisis;
- Pruebas de sangre oculta en las heces;
- Análisis de laboratorio y pruebas de detección de rutina que sean servicios de atención médica preventiva, como pruebas preventivas de detección del cáncer cervical, pruebas de antígenos específicos de la próstata, análisis de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de detección de diabetes (pruebas de glucosa en sangre en ayunas), determinadas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de VIH;
- Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas pruebas de trastornos genéticos específicos, para las que se dispone de asesoría genética);
- Angiografías de retina preventivas de rutina;
- Todos los demás procedimientos de diagnóstico proporcionados por proveedores participantes que no sean médicos (como ECG y EEG);
- Radioterapia;
- Tratamientos con luz ultravioleta.

Cuidados de diálisis

Después de recibir la capacitación apropiada en un centro de diálisis designado por nosotros, también cubrimos los equipos y suministros médicos necesarios para la hemodiálisis en el hogar y la diálisis peritoneal en el hogar dentro de nuestra área de servicio.

La cobertura se limita al equipo o suministro estándar que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si el equipo y los suministros se alquilarán o comprarán, y elegimos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo y cualquier suministro no utilizado, o pagarnos el precio justo de mercado del equipo y de cualquier suministro no utilizado cuando ya no los cubramos.

Los siguientes son servicios cubiertos relacionados con la diálisis:

- cuidados de diálisis para pacientes hospitalizados
- tratamiento de hemodiálisis en un establecimiento del plan
- todas las demás consultas, exámenes y tratamientos en consulta externa

Exclusiones:

- equipos, suministros y accesorios de comodidad, higiene o lujo
- artículos que no sean médicos, como generadores o accesorios para que los equipos de diálisis en el hogar sean portátiles para viajar

Equipo médico duradero (DME)

Un equipo médico duradero (*durable medical equipment*, DME) es cualquier equipo médicamente necesario indicado por su médico y para uso en el hogar. Dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los equipos médicos duraderos especificados en esta sección para usar en el hogar (o en otro lugar utilizado como su hogar) de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de equipos médicos duraderos.

Un DME para usar en el hogar es un artículo que:

- Está destinado al uso reiterado;
- Por lo general se usa principalmente para un fin médico;
- Generalmente no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión;
- Es apropiado para usarlo en el hogar.

Se proporcionan los DME cubiertos (incluye reparación o reemplazo del equipo cubierto, a menos que se haya perdido o haya sufrido un uso indebido). Nosotros decidimos si el equipo se alquilará o comprará, y elegimos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo o pagarnos el precio justo de mercado del equipo cuando ya no lo cubramos.

Los ejemplos de DME incluyen:

- para pruebas de diabetes en sangre, monitores de glucosa en sangre y sus suministros (como tiras reactivas para monitores de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de lancetas)
- bombas para infusión (como bombas de insulina) y suministros para operar la bomba
- medidores del flujo máximo
- poste para infusión intravenosa
- estimulador óseo
- tracción cervical (para puerta)

Exclusión de equipo médico duradero

Equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo.

Servicios de atención médica de emergencia

L.A. Care cubre los servicios de atención médica de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las visitas a salas de emergencias están cubiertas y el copago, si lo hubiere, no se aplica si es admitido en el hospital. Los servicios de atención médica son servicios cubiertos médicamente necesarios, incluidos los servicios de ambulancia y salud mental, que un miembro considere razonablemente necesarios para detener o aliviar:

- una enfermedad o un síntoma grave
- una lesión, un dolor intenso o un trabajo de parto

- una condición que necesite diagnóstico y tratamiento inmediato

Los servicios de emergencia comprenden pruebas de detección médicas, exámenes y evaluaciones del médico u otro personal apropiado. Además, estos servicios incluyen condiciones físicas y mentales de emergencia.

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- problemas respiratorios
- convulsiones
- hemorragia abundante
- pérdida del conocimiento/desmayos (la persona no despierta)
- dolor intenso (incluido dolor en el pecho)
- ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- fracturas

El proveedor deberá obtener la autorización de L.A. Care para los servicios que no sean de emergencia proporcionados después de una prueba de detección médica y los servicios necesarios para estabilizar la condición.

Su PCP deberá proporcionarle atención médica de seguimiento para los servicios de emergencia. Se le reembolsarán todos los cargos que pague por servicios de emergencia cubiertos, incluso los servicios de transporte médico, proporcionados por proveedores no participantes.

Servicios de emergencia fuera del área de servicio

Si se produce una emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio, podrá recibir servicios de emergencia en el establecimiento para emergencias (médico, clínica u hospital) más cercano. Deberá informar dichos servicios a L.A. Care dentro de un plazo de 48 horas, o tan pronto como pueda. Todo tratamiento proporcionado que no sea autorizado por su PCP o L.A. Care, y que L.A. Care luego determine que no fue parte de servicios de emergencia, según lo definido en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, no contará con cobertura.

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

Una vez que su condición médica de emergencia se haya tratado en un hospital y ya no exista una emergencia porque su condición se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento desee que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos luego de que una condición de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posestabilización”.

Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (un “hospital no participante”), el hospital se comunicará con L.A. Care para obtener la aprobación para que usted permanezca en dicho hospital. Si L.A. Care aprueba la continuación de su estadía en el hospital no participante, usted no tendrá que pagar los servicios.

Si L.A. Care notificó al hospital no participante que usted puede ser trasladado sin riesgos a uno de sus hospitales participantes, L.A. Care coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante.

Si L.A. Care determina que usted puede ser trasladado sin riesgos a un hospital participante y usted, su cónyuge o el tutor legal no está de acuerdo con su traslado, el hospital no participante deberá notificarle por escrito a usted, su cónyuge o el tutor legal que deberán pagar el costo total de los servicios postestabilización que se proporcionen en el hospital no participante después de la estabilización de su condición de emergencia.

Asimismo, es posible que deba pagar los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización.

Si cree que le facturaron inadecuadamente por servicios postestabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711).

Planificación familiar

Se ofrecen servicios de planificación familiar a todas las personas inscritas en edad de tener hijos, con el fin de ayudarles a seleccionar cuántos hijos desean tener y con cuántos años de diferencia. Incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Puede recibir servicios de planificación familiar y anticonceptivos aprobados por la FDA (incluido un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados surtidos en una sola entrega) de cualquier proveedor de atención médica participante que tenga licencia para prestar estos servicios. Los servicios relacionados con anticonceptivos y dispositivos para pacientes ambulatorios, como la inserción o remoción del dispositivo, atención médica de seguimiento para efectos secundarios y consejería para la observancia continua también están cubiertos sin costo (\$0 de copago). Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar son:

- su PCP
- clínicas
- enfermeras parteras certificadas y enfermeras con práctica médica certificadas
- especialistas en obstetricia y ginecología

Entre los servicios de planificación familiar se incluyen asesoría, educación de los pacientes sobre los anticonceptivos, esterilización femenina y procedimientos quirúrgicos de interrupción del embarazo (que se conoce como aborto). Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) si necesita más información sobre los centros que prestan estos servicios.

Servicios de educación de la salud

Health In Motion™

El programa de servicios de educación de la salud de L.A. Care se llama *Health In Motion™*. Los servicios de *Health In Motion™* incluyen una amplia variedad de entretenidos talleres de bienestar y citas de grupo para ayudarle a mantenerse saludable y controlar sus condiciones crónicas. ¡Venga a aprender las habilidades que necesita para alcanzar sus metas relacionadas con la salud de un modo interactivo y apasionante! Se ofrecen talleres de bienestar y citas de grupo en inglés y español, en lugares y horarios cómodos para usted. Pueden solicitarse intérpretes gratuitos en otros idiomas. Si no puede asistir a un taller, un consejero de salud o un dietista titulado de L.A. Care le llamará y hablará con usted por teléfono. Los temas relacionados con la salud incluyen asma, diabetes, salud cardíaca, apoyo para condiciones crónicas, nutrición y ejercicio, entre otros.

My Health In Motion™

My Health In Motion™ es nuestra versión en línea de Health In Motion™. Puede obtener herramientas para la salud y el bienestar al alcance de su mano desde la comodidad de su hogar. Inicie una sesión en cualquier momento del día o la noche que se adapte a sus necesidades. Complete su evaluación de la salud para consultar su informe de bienestar personalizado. También puede conectarse con un consejero de salud virtual, ver recetas saludables y videos e inscribirse en talleres de bienestar en línea. Visite lcare.org y haga clic en "Member Sign In" (Inicio de sesión de miembros). Haga clic en la pestaña "*My Health In Motion™*" para consultar todas las herramientas que pueden ayudarle a mantenerse saludable.

El programa de recompensas My Health In Motion™

L.A. Care Covered **Direct™** ofrece el programa de recompensas *My Health In Motion™*. Los participantes recibirán recompensas por tomar medidas para mejorar su salud. Hay cuatro formas de ganar puntos que podrá canjear por tarjetas de regalo por medio del sitio *My Health In Motion™*.*

- responder la encuesta de Evaluación de la salud
- inscribirse a la asesoría para la salud
- completar un taller en línea para dejar de fumar
- completar un taller en línea sobre peso saludable

Para poder recibir las recompensas, debe:

- tener al menos 18 años;
- estar inscrito activamente en L.A. Care Covered **Direct™**;
- estar al día en el pago de las primas.

*Cada recompensa se limita a una por miembro de por vida. Todas las actividades deberán completarse a más tardar a las 11:59 p. m., hora estándar del Pacífico, del 31 de diciembre de 2018 para recibir la recompensa.

Encontrará más información sobre el programa de recompensas de *My Health In Motion*™, la acumulación de puntos y cómo canjear las tarjetas de regalo en el sitio de *My Health in Motion*™.

También puede acceder a la Biblioteca de referencias en audio sobre educación de la salud de L.A. Care, la cual cuenta con mensajes previamente grabados que ofrecen información necesaria para ayudarle a:

- prevenir enfermedades
- identificar signos de advertencia
- saber cómo cuidarse

Todos podemos tener preguntas o inquietudes relacionadas con la atención médica aunque no tengamos síntomas. La Biblioteca de referencias en audio sobre educación de la salud está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarles a usted y su familia a aprender sobre las enfermedades comunes o crónicas. Puede encontrar más información en **lacare.org**, en la pestaña “Healthy Living and Health Resources” (Vida saludable y recursos para la salud).

Los recursos de educación de la salud incluyen materiales impresos, referencias a programas comunitarios, información en línea o videos y la Línea de Enfermería de L.A. Care. Podrá encontrar recursos en varios idiomas para muchos temas relacionados con la salud.

Todos los servicios y recursos de educación de la salud son gratuitos, incluidos los programas que se ofrecen en línea, la consejería por teléfono, la consejería individual cuando la visita al consultorio sea únicamente para educación de la salud y los materiales de educación de la salud. La educación de la salud que se ofrece durante una consulta o examen para pacientes ambulatorios no tendrá costo compartido adicional para usted, además del costo compartido que se requiere por la visita. Llame a L.A. Care para obtener más información al **1.855.270.2327 (TTY 711)** o visite **lacare.org**.

Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Pruebas de VIH

Puede hacerse pruebas confidenciales de VIH con cualquier proveedor de atención médica con licencia para prestar estos servicios. No necesita una referencia ni la autorización de su PCP ni del plan de salud para hacerse estas pruebas. Estos son algunos de los lugares donde puede hacerse las pruebas confidenciales de VIH:

- su PCP
- Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles
- proveedores de servicios de planificación familiar
- clínicas prenatales

Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)** para solicitar una lista de los lugares donde puede hacerse estas pruebas.

Servicios de salud en el hogar

“Servicios de salud en el hogar” hace referencia a los servicios proporcionados en el hogar por enfermeros, trabajadores sociales médicos, auxiliares de atención médica en el hogar, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Cubrimos los servicios de salud en el hogar únicamente si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted está confinado en su hogar (o el hogar de un amigo o familiar).
- Su condición requiere los servicios de un enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla (los servicios de auxiliares de atención médica en el hogar no cuentan con cobertura, a menos que usted también esté recibiendo servicios de salud en el hogar cubiertos de un enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla que solo un proveedor con licencia pueda proporcionar).
- Un proveedor participante determina que es factible mantener una supervisión y un control eficaz de su atención médica en su hogar, y que los servicios pueden proporcionarse de forma segura y eficaz en su hogar.
- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra área de servicio.

Los servicios se limitan a aquellos autorizados por L.A. Care para 100 visitas por año, 3 visitas por día, hasta 2 horas por visita (enfermero, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla) o 3 horas para un auxiliar de atención médica en el hogar. Si un servicio puede proporcionarse en más de un lugar, L.A. Care coordinará con el proveedor la elección del lugar.

Nota: Si la visita de un enfermero, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla dura más de 2 horas, cada incremento adicional de 2 horas cuenta como una visita por separado. Si la visita de un auxiliar de atención médica en el hogar dura más de 3 horas, cada incremento adicional de 3 horas cuenta como una visita por separado. Además, cada persona que brinde servicios cuenta para estos límites de visitas. Por ejemplo, si un auxiliar de atención médica en el hogar y un enfermero están en su hogar durante el mismo período de 2 horas, esto cuenta como dos visitas.

Exclusiones:

- cuidado de custodia
- cuidados que una persona sin conocimiento especializado o un familiar sin licencia podrían proporcionar de forma segura y eficaz
- cuidados en el hogar, si el hogar no cuenta con un entorno de tratamiento seguro y eficaz

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para brindar cuidados paliativos y para aliviar el malestar físico, emocional y espiritual de un miembro que está atravesando las últimas

fases de la vida debido a una enfermedad terminal. También brindan apoyo a la principal persona a cargo del cuidado del Miembro y a la familia del Miembro. Los Miembros que optan por recibir estos servicios, eligen recibir cuidados paliativos para el dolor y otros síntomas asociados con una enfermedad terminal, pero no recibir atención médica para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

Cubrimos los servicios de cuidados paliativos detallados a continuación cuando se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un proveedor participante le ha diagnosticado una enfermedad terminal y determina que su expectativa de vida es de 12 meses o menos.
- Los servicios cubiertos se proporcionan dentro de nuestra área de servicio.
- Los servicios son proporcionados por una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un proveedor participante.
- Los servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas.

Si se cumplen todos los requisitos antes mencionados, cubrimos los siguientes servicios de cuidados paliativos, que están disponibles las 24 horas del día, de ser necesario:

- Servicios de médicos participantes.
- Atención de enfermería especializada, que incluye la evaluación, la administración de las necesidades de enfermería, el tratamiento del dolor y el control de los síntomas, el apoyo emocional para usted y su familia, y la capacitación de las personas a cargo de su cuidado.
- Terapia física, ocupacional o del habla para el control de los síntomas o para permitirle seguir realizando las actividades de la vida cotidiana.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de auxiliares de atención médica en el hogar y de ama de casa.
- Medicamentos paliativos recetados para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos. Debe obtener estos medicamentos a través de farmacias del plan.
- Equipo médico duradero.
- Atención de relevo cuando sea necesaria para aliviar a las personas a cargo de su cuidado. La atención de relevo consiste en atención ocasional a corto plazo brindada como paciente hospitalizado por no más de cinco días consecutivos por vez.
- Asesoría y servicios por duelo.

- Asesoría en materia de alimentación.
- Los siguientes cuidados brindados durante períodos de crisis cuando necesite atención médica continua para aliviar o controlar síntomas médicos agudos:
 - Atención de enfermería en forma continua durante un máximo de 24 horas según sea necesario para que pueda permanecer en su hogar.
 - Atención médica a corto plazo para pacientes hospitalizados en un nivel que no pueda proporcionarse en el hogar.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

Los siguientes servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados están cubiertos cuando cuentan con la autorización de L.A. Care y son proporcionados en un hospital participante. Puede utilizarse cualquier hospital en caso de emergencia sin autorización.

- Habitación y comida, incluida una habitación privada si es médicamente necesario;
- Atención médica especializada y unidades de cuidados críticos;
- Atención de enfermería general y especial;
- Quirófano y sala de recuperación;
- Servicios de médicos participantes, incluidas las consultas y los tratamientos brindados por especialistas;
- Anestesia.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para los medicamentos para el alta recetados cuando sea dado de alta del hospital, consulte la sección “Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa” de esta sección de “Beneficios y costos compartidos”);
- Materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos;
- Equipo médico duradero y suministros médicos;
- Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidas resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones;
- Sangre, derivados hematológicos y su administración;
- Atención obstétrica y parto (incluida la cesárea);
- Terapia física, ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado);
- Terapia respiratoria;
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.

Servicios no cubiertos conforme a esta sección de “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados”

Los siguientes tipos de servicios para pacientes hospitalizados están cubiertos únicamente según lo descrito bajo los siguientes títulos de esta sección de “Beneficios del plan”:

- cirugía bariátrica
- estudios clínicos
- servicios dentales y ortodóncicos
- cuidados de diálisis
- cuidados paliativos
- dispositivos protésicos y ortopédicos
- cirugía reconstructiva
- atención en un hospital de enfermería
- servicios de trasplante

Exclusiones: no incluye una habitación privada en un hospital ni artículos para comodidad o higiene personal, a menos que sean médicamente necesarios según lo determinado por L.A. Care.

Atención de enfermería especializada

Cubrimos hasta 100 días de atención de enfermería especializada para pacientes hospitalizados proporcionada por un hospital de enfermería participante. Los servicios especializados para pacientes hospitalizados deben ser proporcionados habitualmente por un hospital de enfermería, y deben superar el nivel de los cuidados de custodia o intermedios.

El período de beneficios comienza en la fecha en que usted es admitido en un hospital o un hospital de enfermería en un nivel especializado de atención. El período de beneficios finaliza en la fecha en que usted deje de estar hospitalizado en un hospital o un hospital de enfermería, recibiendo un nivel especializado de atención, durante 60 días consecutivos. Para que comience un nuevo período de beneficios debe haber finalizado el período de beneficios existente. No se necesita una estadía anterior de tres días en un hospital de cuidados agudos.

Cubrimos los siguientes servicios:

- servicios de médicos y enfermeras
- habitación y comida
- medicamentos recetados por un proveedor participante como parte de su plan de atención médica en el hospital de enfermería participante de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos, si los administra personal médico en el hospital de enfermería participante
- equipo médico duradero de acuerdo con nuestro formulario de equipos médicos duraderos, si los hospitales de enfermería habitualmente proporcionan el equipo
- servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio que los hospitales de enfermería proporcionen habitualmente
- servicios sociales médicos
- sangre, derivados hematológicos y su administración
- suministros médicos
- terapia física, ocupacional y del habla
- terapia respiratoria

Servicios no cubiertos conforme a esta sección de “Atención de enfermería especializada”

La cobertura para los siguientes servicios se describe bajo estos títulos de esta sección de “Beneficios del plan”:

- Diagnóstico por imágenes y laboratorio en consulta externa

Exclusión: cuidado de custodia.

Cuidados de maternidad

- L.A. Care cubre todas las visitas antes de la concepción y prenatales.
- Los servicios de parto y hospitalización están cubiertos.
- Los cuidados de maternidad incluyen lo siguiente:
 - Visitas regulares al médico durante el embarazo (denominadas visitas prenatales).
 - Servicios de atención médica ambulatoria.
 - Pruebas de diagnóstico y genéticas que incluyen, entre otras: 1) pruebas de alfa-fetoproteína; 2) pruebas de detección de diabetes gestacional.
 - Asesoría nutricional; apoyo, suministros y asesoría para la lactancia materna.
 - Atención médica durante el trabajo de parto y el parto.
 - Atención médica seis (6) semanas después del parto (denominada atención posparto).
 - Atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas por un período mínimo de 48 horas en caso de parto vaginal normal, o de 96 horas en caso de parto por cesárea. La cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas puede ser menor de 48 horas o de 96 horas si: 1) así lo deciden la madre y el médico que atiende a la madre, y 2) se programa una visita de seguimiento después del alta, para la madre y para el bebé, en las 48 horas siguientes al alta.
- Servicios de atención médica de urgencia necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud del feto, si se considera razonablemente que existe una condición relacionada con el embarazo cuyo tratamiento no puede demorarse hasta que la persona inscrita vuelva al área de servicio del plan.

Si está embarazada, llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)** de inmediato. Deseamos asegurarnos de que usted reciba toda la atención médica que necesita. L.A. Care le ayudará a seleccionar un médico de la red para que le preste cuidados de maternidad. Si desea obtener más información, consulte a su médico.

Después del parto le darán una clase sobre lactancia materna y equipo especial si lo necesita. Consulte a su médico o llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta.

Terapia médica nutricional (MNT)

La terapia médica nutricional (*medical nutrition therapy*, MNT) consiste en la prestación de servicios intensos de asesoría nutricional por teléfono con un dietista titulado. La MNT se utiliza para tratar problemas de salud graves como la diabetes, la enfermedad renal en estado preterminal y la obesidad.

Se requiere la referencia de un médico. Es posible que algunos miembros no reúnan los requisitos para recibir estos servicios.

Transporte médico

Servicios de ambulancia en caso de emergencia

El transporte de emergencia para un miembro que cree que es necesario para detener o aliviar enfermedades o síntomas graves y repentinos, o lesiones o condiciones que requieren diagnóstico y tratamiento inmediatos. El traslado en ambulancia al primer hospital que acepte al miembro para brindarle atención médica de emergencia está cubierto. Esto incluye la ambulancia y los servicios de traslado en ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia "911".

Servicios de ambulancia para casos que no sean de emergencia

Dentro del área de servicio, cubrimos los servicios de traslado en ambulancia y vehículos psiquiátricos que no sean de emergencia si un médico del plan o contratado por el plan determina que, debido a su condición, debe usar servicios que solamente puede proporcionar una ambulancia (o un vehículo psiquiátrico) con licencia, y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro su salud. Estos servicios están cubiertos únicamente cuando el vehículo lo traslade hacia o desde un lugar donde le brinden servicios cubiertos.

El transporte que no sea de emergencia para trasladar a un miembro de un hospital a otro hospital o establecimiento, o de un establecimiento a su hogar, está cubierto cuando:

- sea médicamente necesario,
- sea solicitado por un proveedor de L.A. Care y
- sea autorizado previamente por L.A. Care.

Exclusión de servicios de ambulancia

El traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público no está cubierto (excepto que se trate de una ambulancia o un vehículo psiquiátrico con licencia), aunque sea la única forma de trasladarse hasta un proveedor participante. Esta cláusula no excluye los servicios de ambulancia aérea médicamente necesarios.

Atención de la salud mental

Cubrimos los servicios especificados en esta sección de *"Atención de la salud mental"* únicamente cuando los servicios

son para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales. Un "trastorno mental" es una condición de salud mental identificada como "trastorno mental" en la 4.a edición del *"Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales"* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), que altera o afecta de modo clínicamente significativo el funcionamiento mental, emocional o conductual. No cubrimos los servicios para condiciones que el DSM identifique como algo distinto de un "trastorno mental". Por ejemplo, el DSM identifica los problemas vinculares como algo distinto de un "trastorno mental". Por lo tanto, no cubrimos los servicios (como asesoría para parejas o asesoría familiar) para problemas vinculares.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Puede utilizarse cualquier hospital psiquiátrico en caso de emergencia psiquiátrica sin autorización. Las condiciones psiquiátricas de emergencia son aquellas en las que una persona tiene pensamientos o acciones que manifiestan la intención de lastimarse o lastimar a otra persona.

"Trastornos mentales" incluye las siguientes condiciones:

- Enfermedad mental grave (*Severe Mental Illness*, SMI) de una persona de cualquier edad. "Enfermedad mental grave" se refiere a los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad manícodepresiva), trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Un "trastorno emocional grave" de un menor de 18 años se refiere a una condición identificada como "trastorno mental" en la edición más reciente del DSM, que no sea un trastorno por abuso de sustancias primario ni un trastorno del desarrollo, que provoca una conducta inadecuada para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas, si el menor también cumple al menos uno de los siguientes tres criterios:
 - Como resultado del trastorno mental, (1) el menor tiene sustancialmente afectadas al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o capacidad para desenvolverse en la comunidad; y (2) o bien (a) el menor corre riesgo de que se lo retire de su hogar o ya ha sido retirado, o (b) el trastorno o problema mental ha estado presente durante más de seis meses o es muy probable que continúe durante más de un año sin tratamiento.
 - El menor presenta características psicóticas, o riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental.
 - El menor reúne los requisitos de elegibilidad para recibir educación especial en virtud del capítulo 26.5 (a partir de la sección 7570) de la división 7

del título 1 del Código de Gobierno de California (*California Government Code*).

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Cubrimos los siguientes servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:

- hospitalización de salud mental para pacientes hospitalizados en hospitales participantes
- atención residencial de transición no médica de trastornos de salud mental para pacientes hospitalizados
- tratamiento a corto plazo en un programa residencial para casos de crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia y con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda

La cobertura incluye habitación y comida, medicamentos y servicios profesionales para pacientes hospitalizados de médicos participantes y otros proveedores que sean profesionales de la salud con licencia y ejerzan dentro del ámbito de su licencia.

Servicios de salud mental en consulta externa

Cubrimos los siguientes servicios cuando los proporcionan médicos participantes u otros proveedores participantes que sean profesionales de la salud con licencia que actúen dentro del ámbito de su licencia:

- evaluación, tratamiento y atención médica de salud mental
- terapia individual y grupal
- pruebas psicológicas cuando son clínicamente necesarias para evaluar un trastorno de salud mental
- administración de medicamentos
- hospitalización parcial en consulta externa
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda

Tratamiento para trastornos de la conducta para trastornos del espectro autista

El tratamiento para los trastornos de la conducta (*Behavioral Health Treatment*, “BHT”) para miembros con trastornos del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo) requiere autorización previa y se cubre cuando lo recete un médico o un psicólogo con licencia que sea proveedor del plan. El plan de tratamiento BHT debe recetarlos un proveedor participante y los servicios BHT deben proporcionarlos proveedores participantes.

El tratamiento para los trastornos de la conducta que se use para brindar atención de relevo, atención médica diurna o servicios educativos, o para reembolsar a un padre por la participación en el tratamiento, no está cubierto.

El “tratamiento para los trastornos de la conducta” se define de la siguiente manera: servicios profesionales y

programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención en el comportamiento basada en evidencias, que desarrollen o recuperen, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con un trastorno del espectro autista. Para obtener información adicional, llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858** (TTY **1.800.735.2929**).

Tratamiento para pacientes ambulatorios y otros tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias

Cubrimos los siguientes tratamientos para pacientes ambulatorios y otros tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias:

- hospitalización parcial (atención médica intensiva hospitalaria para pacientes ambulatorios a corto plazo)
- tratamiento intensivo de salud mental para pacientes ambulatorios (tratamiento multidisciplinario a corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio)
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda
- estimulación magnética transcraneal para pacientes ambulatorios
- terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy*, ECT)

Consulte el Resumen de beneficios para obtener información sobre el tratamiento para pacientes ambulatorios y otros tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias antes mencionados.

Suministros para estoma y urológicos

Dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los suministros para estoma y urológicos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de artículos blandos. Seleccionamos el proveedor, y la cobertura se limita al suministro estándar que satisfaga adecuadamente sus necesidades médicas. Estos servicios incluyen:

- adhesivos: líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla
- fajas para estoma
- fajas para hernia
- sondas
- bolsas/botellas para drenaje: para la cama y la pierna
- suministros para vendaje
- lubricantes
- suministros varios: conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes para estoma; dispositivos de sujeción de sondas de drenaje; cinta adhesiva para tapas para estoma; conectores para colostomía; conectores para estoma; jeringas de irrigación, bulbos y pistones; tubos; abrazaderas para sondas, correas para pierna y dispositivos de soporte; abrazaderas penianas o uretrales y dispositivos de compresión.
- bolsas: urinarias, para drenaje, para estoma
- barreras cutáneas

- cinta adhesiva: todos los tamaños, impermeables y no impermeables

Las pautas de nuestro formulario le permiten obtener suministros para estoma y urológicos que no estén incluidos en el formulario (aquellos no indicados en nuestro formulario de artículos blandos para su condición) si, de lo contrario, estarían cubiertos y el grupo médico determina que son médicamente necesarios.

Exclusión de suministros para estoma y urológicos: equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo.

Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios en establecimientos ambulatorios

Los siguientes servicios ambulatorios están cubiertos cuando cuentan con la autorización de L.A. Care y son proporcionados en un hospital o un establecimiento ambulatorio participante, como un centro quirúrgico ambulatorio (*Ambulatory Surgery Center, ASC*). Esto incluye terapia física, ocupacional y del habla (según corresponda) y servicios hospitalarios que puedan proporcionarse razonablemente en forma ambulatoria. Servicios y suministros relacionados, entre los que se incluyen:

- quirófano
- anestesia general
- sala de tratamiento
- servicios auxiliares
- medicamentos proporcionados por el hospital o establecimiento para su uso durante el tratamiento del miembro en el establecimiento

En los procedimientos dentales, la anestesia general está cubierta cuando se administra en un hospital o centro quirúrgico debido a la condición médica o el estado clínico de un miembro, o a causa de la gravedad del procedimiento dental. L.A. Care coordinará estos servicios con el plan dental del miembro. L.A. Care no cubre los servicios del dentista ni del cirujano bucal.

Servicios pediátricos

Atención médica pediátrica para el asma

El beneficio incluye nebulizadores (incluidos tubos y mascarillas), espaciadores para inhaladores y medidores del flujo máximo. La educación acerca del uso adecuado de estos artículos cuenta con cobertura cuando sea médicamente necesaria para el control y tratamiento del asma.

Atención dental pediátrica

L.A. Care cubre los siguientes beneficios de atención dental para miembros de hasta 19 años. No se aplica el deducible anual.

Los beneficios dentales son proporcionados por Liberty Dental a través de su amplia red de proveedores dentales. Si desean información sobre los proveedores, los miembros pueden llamar a Liberty Dental al **1.888.700.5243** (TTY **1.877.855.8039**).

Los beneficios cubiertos incluyen:

- atención preventiva y de diagnóstico, incluidos los exámenes bucales, las limpiezas preventivas, los selladores y la aplicación tópica de flúor
- servicios dentales básicos y de gran envergadura, lo que incluye empastes de amalgama, tratamientos de conducto y servicios de extracción
- servicios de ortodoncia

Coordinación de beneficios de atención dental pediátrica

Para los miembros que adquieran un plan suplementario de beneficios dentales pediátricos en el Intercambio de beneficios y seguros de salud, sus beneficios dentales pediátricos cubiertos por L.A. Care se pagarán primero. Su plan pediátrico suplementario cubre los servicios dentales pediátricos no cubiertos y cualquier costo compartido según lo descrito en la Evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage, EOC*) del plan dental pediátrico suplementario.

Atención oftalmológica pediátrica

L.A. Care cubre los siguientes beneficios de atención oftalmológica para miembros de hasta 19 años. No se aplica el deducible anual.

Los beneficios de la vista se proporcionan a través de VSP, cuya amplia red nacional de proveedores ofrece atención oftalmológica profesional a los miembros cubiertos por planes colectivos de atención oftalmológica. Si no puede encontrar un proveedor accesible, llame gratis a VSP al **1.800.877.7195**, y un representante de servicio al cliente le ayudará a encontrar otro proveedor. Los beneficios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Examen de la vista, que incluye dilatación si se indica y refracción.
- 1 (un) par de anteojos recetados por año, que incluye lentes y armazones, o de lentes de contacto. Se pueden obtener lentes monofocales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las graduaciones. Es posible elegir lentes de vidrio, plástico o policarbonato. Los lentes de policarbonato no generan un costo compartido adicional.
- Lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.
- Servicios para visión disminuida.

Atención prenatal

Los exámenes prenatales programados y la primera consulta de seguimiento posparto cuentan con cobertura sin cargo. Otros beneficios prenatales incluyen:

- suplementos vitamínicos prenatales
- pruebas de diagnóstico y genéticas

Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa

Cubrimos los medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa especificados en esta sección cuando se recetan según lo detallado a continuación y se obtienen en una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo:

- Artículos recetados por médicos del plan de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos.
- Artículos recetados por los siguientes proveedores no pertenecientes al plan, a menos que un médico del plan determine que el artículo no es medicamento necesario o que el medicamento sea para una disfunción sexual:
 - o dentistas, si el medicamento es para atención dental
 - o médicos no pertenecientes al plan, si el grupo médico autoriza una referencia por escrito al médico no perteneciente al plan, y el medicamento, suministro o suplemento cuenta con cobertura como parte de esa referencia
 - o médicos no pertenecientes al plan, si el medicamento se obtuvo como parte de servicios de emergencia cubiertos, atención médica posestabilización o atención médica de urgencia fuera del área

Cómo obtener los artículos cubiertos

Los artículos cubiertos deben obtenerse en una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo, a menos que obtenga el artículo como parte de servicios de emergencia cubiertos, atención médica posestabilización o atención médica de urgencia fuera del área, según lo descrito en la sección “*Servicios de atención médica de emergencia*”.

Consulte la sección “*Cómo encontrar una farmacia*” para conocer cuáles son las farmacias del plan en su área.

Si la cobertura de L.A. Care se modifica para excluir un medicamento que hemos estado cubriendo y que le estuvimos proporcionando conforme a esta Evidencia de cobertura, seguiremos proporcionándole el medicamento si la ley exige que se emita una receta y un médico del plan sigue recetándose para la misma condición y para un uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa

Cubrimos una variedad de métodos anticonceptivos recetados que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), incluidos los siguientes medicamentos anticonceptivos y dispositivos sin cargo (\$0 de copago):

- anticonceptivos orales
- pastillas anticonceptivas de emergencia
- anillos anticonceptivos

- parches anticonceptivos
- capuchones cervicales
- diafragmas

La cobertura también incluye un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA y surtidos en una sola entrega.

Si un anticonceptivo o dispositivo cubierto no está disponible o su profesional médico lo considera poco recomendable, puede solicitar la autorización de un medicamento anticonceptivo no cubierto como lo haya recetado su profesional médico. Si el plan aprueba su autorización, se proporcionará el medicamento anticonceptivo o el dispositivo sin cargo (\$0 de copago).

Medicamentos y suplementos preventivos

Cubrimos los siguientes artículos preventivos sin cargo (copago de \$0) cuando los receta un proveedor del plan:

- aspirina
- suplementos de ácido fólico para mujeres embarazadas
- suplementos de hierro para niños
- suplementos de flúor para niños
- medicamentos y productos para dejar de consumir tabaco

Todos los demás medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa

Cubrimos los siguientes medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa:

- medicamentos para los que la ley exige una receta y determinados medicamentos que no requieren una receta si están incluidos en nuestro formulario de medicamentos
- agujas y jeringas necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos
- espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos

Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa

Consulte el “*Resumen de beneficios*” para conocer los copagos, los deducibles, los deducibles integrados o los límites de gastos de bolsillo que podrían aplicarse a los beneficios de farmacia.

A continuación se proporciona una escala general de los costos compartidos de estos artículos. Para obtener una explicación del deducible para medicamentos, consulte el título “*Deducible para medicamentos*” de esta sección.

Nota: Si los cargos por el medicamento, suministro o suplemento son inferiores al copago, usted pagará el monto más bajo.

Para obtener una explicación del deducible para medicamentos, consulte el subtítulo “*Deducible para medicamentos*” de esta sección:

- Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 1 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - \$0-\$15 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 30 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 1 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:
 - \$0-\$30 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 90 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 2 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - \$0-\$50 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 30 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 2 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:
 - \$0-\$100 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 90 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 3 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - \$0-\$70 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 30 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 3 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:
 - \$0-\$140 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 90 días.
 - Con sujeción al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 4 o medicamentos de especialidad (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - Costo compartido de \$0-\$500 (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 30 días.
- Deducible para medicamentos:** en cualquier año calendario, es posible que deba pagar cargos por los medicamentos cubiertos. Si su plan de beneficios incluye un deducible para medicamentos, usted deberá pagar todos los costos para alcanzar el deducible para medicamentos cada año calendario antes de que L.A. Care Covered **Direct™** Health Plan cubra el medicamento recetado con el copago aplicable (consulte la sección “*Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa*”).
- Si un medicamento requiere la administración u observación a cargo de personal médico y se le administra en un consultorio médico del plan o durante visitas domiciliarias, no necesitará alcanzar el deducible para medicamentos para los siguientes artículos:
- productos con aminoácidos modificados utilizados para tratar errores congénitos del metabolismo de aminoácidos (como la fenilcetonuria)
 - medicamentos de quimioterapia para el cáncer y determinados complementos fundamentales después de un diagnóstico de cáncer
 - determinados medicamentos para el tratamiento de arritmias ventriculares que pongan en peligro la vida
 - diafragmas y capuchones cervicales
 - medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
 - fórmula de nutrición enteral elemental cuando se utiliza como terapia primaria de la enteritis regional
 - pastillas anticonceptivas de emergencia
 - agentes hematopoyéticos para diálisis y para el tratamiento de la anemia en la insuficiencia renal crónica
 - hormona de crecimiento humana para el tratamiento a largo plazo de pacientes pediátricos con un retraso del crecimiento debido a la secreción insuficiente de la hormona de crecimiento endógena
 - en conexión con un trasplante, inmunosupresores y ganciclovir y promedicamentos de ganciclovir para el tratamiento del citomegalovirus
 - heparina de bajo peso molecular para la terapia aguda de trastornos trombóticos que pongan en peligro la vida

- aglutinantes de fosfato para pacientes con diálisis para el tratamiento de la hiperfosfatemia en la enfermedad renal en estado terminal

Los únicos pagos que cuentan para este deducible para medicamentos son aquellos que usted realice conforme a esta *Evidencia de cobertura* por medicamentos cubiertos que estén sujetos a este deducible para medicamentos. Una vez que usted alcance el deducible para medicamentos, pagará los copagos o el coseguro aplicables para estos artículos por el resto del año calendario.

Determinados medicamentos, suministros y suplementos intravenosos

Cubrimos determinados medicamentos, fluidos, aditivos y nutrientes intravenosos autoadministrables que requieran tipos específicos de infusión parenteral (como una infusión intravenosa o intraespinal), y los suministros y equipos necesarios para su administración. Nota: Los medicamentos inyectables y la insulina no están cubiertos en virtud de esta sección (consulte la sección “Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa”).

Suministros para pruebas de diabetes en orina y dispositivos para la administración de insulina

Cubrimos sin cargo (copago de \$0):

- tiras para medición de la cetona
- comprimidos para pruebas de acetona
- cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina

Exclusiones de medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa:

- medicamentos experimentales o de investigación, a menos que su uso esté aceptado conforme a las normas reconocidas profesionalmente de la práctica
- cualquier envase solicitado (como un envase dosificado) que no sea el envase estándar de la farmacia que despache el medicamento
- productos compuestos, a menos que el medicamento figure en nuestro formulario de medicamentos o se tenga que emitir una receta para uno de los ingredientes según lo exigido por ley
- medicamentos recetados para acortar la duración de un resfriado común

Servicios de atención médica preventiva

No debe pagar copagos por servicios de atención médica preventiva, atención prenatal o visitas previas a la concepción. Cubrimos una amplia variedad de servicios de atención médica preventiva. Los exámenes médicos periódicos incluyen todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina. Esto incluye, a modo de ejemplo:

- Exámenes médicos periódicos de mantenimiento, lo que incluye exámenes femeninos de rutina;

- Inmunizaciones, conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/ Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices*, ACIP);
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS);
- Exámenes citológicos, en forma periódica y razonable;
- Otras inmunizaciones apropiadas según la edad;
- Vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA);
- Servicios para osteoporosis;
- Exámenes oftalmológicos:
 - examen de rutina
 - refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctivos
 - exámenes de fondo de ojo
- Educación de la salud;
- Todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas, como por ejemplo:
 - pruebas de detección de cáncer de seno
 - pruebas de detección del cáncer de próstata
 - pruebas de detección del cáncer en general
 - servicios de mamografía
 - prueba de detección del cáncer cervical
 - servicios de dietilestilbestrol
- Atención médica de rutina para bebés durante los primeros dos años de vida, lo que incluye:
 - visitas al hospital para recién nacidos y pruebas de detección para recién nacidos
 - exámenes médicos para recién nacidos y otras visitas al consultorio, conforme a las últimas recomendaciones para Atención médica pediátrica preventiva, adoptadas por la Academia Estadounidense de Pediatría, y conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/ Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)

Exclusiones

- Los miembros solo recibirán exámenes relacionados con sus necesidades médicas. Por ejemplo, un examen físico realizado exclusivamente por deseo del padre del miembro no estará cubierto.
- Inmunizaciones necesarias para viajar.

Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios

Cubrimos las consultas y los servicios médicamente necesarios brindados por médicos u otros proveedores de atención médica con licencia que actúen dentro del ámbito de su licencia, y las visitas a un consultorio profesional, a un hospital para pacientes hospitalizados, a un hospital de

enfermería, a domicilio, a un centro de cuidados paliativos y de atención médica de urgencia, cuando sean médicamente necesarias. Su costo compartido variará según el tipo de proveedor que consulte, el lugar donde reciba los servicios y el alcance de los servicios que reciba.

- la mayoría de las consultas, exámenes y tratamientos proporcionados por especialistas
- consultas a otros profesionales (asistente médico, enfermera con práctica médica)
- exámenes físicos de mantenimiento de rutina
- exámenes de rutina preventivos para niños (hasta los 23 meses)
- consultas de atención médica de urgencia
- fisioterapeuta, salud en el hogar
- fisioterapeuta, en el hospital como paciente en consulta externa

Dispositivos protésicos y ortopédicos

No cubrimos la mayoría de los dispositivos protésicos y ortopédicos, pero cubrimos los dispositivos descritos en esta sección de “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general, está destinado al uso reiterado, y por lo general se usa principalmente para fines médicos.
- El dispositivo es el dispositivo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo del proveedor o vendedor que nosotros elijamos.

La cobertura incluye la colocación y ajuste de estos dispositivos, su reparación o reemplazo (a menos que se hayan perdido o hayan sufrido un uso indebido), y los servicios para determinar si usted necesita un dispositivo protésico u ortopédico. Si cubrimos un dispositivo de reemplazo, usted deberá pagar el costo compartido que debería pagar para obtener ese dispositivo.

Dispositivos implantados

Cubrimos los dispositivos protésicos y ortopédicos, como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera, si se implantan durante una cirugía que cubramos conforme a otra sección de esta sección. Cubrimos estos dispositivos.

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla luego de la extirpación total o parcial de la laringe (esta cobertura no incluye las máquinas electrónicas para producir la voz, que no son dispositivos protésicos).

- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, lo que incluye:
 - prótesis a medida cuando sean médicamente necesarias
 - hasta tres sostenes o corpiños necesarios para sostener una prótesis cada 12 meses
- Dispositivos podiátricos (como calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras, y vendas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para Miembros que necesitan alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que se ha extirpado o ha quedado afectada como resultado de una enfermedad, lesión o anomalía congénita.
- Lentes de contacto para tratar condiciones oculares como el queratocono, la queratitis sicca, la aniridia o la afaquia. Los servicios médicamente necesarios para la afaquia no están sujetos a restricciones de edad.

Exclusiones de dispositivos protésicos y ortopédicos

- lentes intraoculares multifocales y lentes intraoculares para corregir el astigmatismo
- suministros que no sean rígidos, como medias elásticas y pelucas, excepto que se describa lo contrario previamente en esta sección de “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*”
- equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo
- calzado o plantillas, incluso los hechos a medida, excepto el calzado descrito previamente en esta sección de “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*” para las complicaciones relacionadas con la diabetes

Servicios para personas transgénero

Estos servicios se proporcionan cuando son médicamente necesarios y pueden incluir:

- psicoterapia
- terapia hormonal continua
- pruebas de laboratorio para monitorear la terapia hormonal
- cirugía de reasignación de sexo que sea reconstructiva (consulte la definición a continuación) y que no sea estética (es decir, una cirugía que se realice para alterar o reformar estructuras normales del cuerpo para mejorar su aspecto)

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anómalas del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones,

tumores o enfermedades, si un médico participante determina que es necesario para mejorar la función o crear un aspecto normal, en la medida que sea posible.

- Después de la extirpación total o parcial médicamente necesaria de un seno, cubrimos la reconstrucción del seno, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico, así como el tratamiento de las complicaciones físicas, como los linfedemas.

Los servicios cubiertos adicionales de cirugía reconstructiva incluyen:

- Consultas, exámenes y tratamiento en consulta externa.
- Cirugía ambulatoria: si se proporciona en un centro quirúrgico ambulatorio o en consulta externa o en el quirófano de un hospital, o si se proporciona en cualquier establecimiento y un integrante con licencia del equipo monitorea sus signos vitales cuando usted recupera la sensibilidad luego de recibir medicamentos para reducir la sensibilidad o minimizar las molestias.
- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (incluye habitación y comida, medicamentos y servicios de médicos participantes).

Servicios no cubiertos conforme a esta sección de “Cirugía reconstructiva”

La cobertura para los siguientes servicios se describe bajo estos títulos de esta sección:

- Servicios dentales y ortodóncicos que son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino (consulte “*Servicios dentales y ortodóncicos*”).
- Diagnóstico por imágenes y laboratorio en consulta externa (consulte “*Diagnóstico por imágenes y laboratorio en consulta externa, y procedimientos especiales*”).
- Medicamentos recetados en consulta externa (consulte “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa*”).
- Prótesis y aparatos ortopédicos (consulte “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*”).
- Cirugía estética (es decir, una cirugía realizada para alterar o reformar estructuras normales del cuerpo para mejorar su aspecto).

Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos

- La terapia física es aquella que utiliza ejercicios para mejorar y mantener la capacidad del paciente de funcionar después de una enfermedad o lesión.
- La terapia ocupacional se utiliza para mejorar y mantener las capacidades de la vida cotidiana del paciente que tiene una discapacidad o lesión.
- La terapia del habla se utiliza para el tratamiento de problemas del habla.
- La terapia acuática y la terapia de masajes están cubiertas cuando son médicamente necesarias.

La terapia está cubierta y puede proporcionarse en un consultorio médico u otro establecimiento ambulatorio apropiado, un hospital, un hospital de enfermería o en el hogar. L.A. Care puede solicitar evaluaciones periódicas siempre que se proporcione una terapia médicamente necesaria.

Trasplantes

L.A. Care cubre los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea médicamente necesarios, que no sean de naturaleza experimental o de investigación. Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea si su médico proporciona una referencia por escrito para que reciba atención médica en un establecimiento de trasplantes. Después de la referencia a un establecimiento de trasplantes, se aplica lo siguiente:

- Si su grupo médico o el establecimiento al que fue referido determina que usted no cumple con los criterios para recibir un trasplante, solamente cubriremos los servicios que reciba antes de que se tome la determinación.
- El plan de salud, los hospitales participantes, su grupo médico y los médicos participantes no son responsables de conseguir, proporcionar ni garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras pautas para los servicios de donantes vivos para trasplantes, brindamos determinados servicios relacionados con la donación a un donante, o a una persona identificada por el grupo médico como posible donante, independientemente de que el donante sea o no miembro del plan. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted, lo que puede incluir determinados servicios para recolectar el órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Puede obtener nuestras pautas para servicios de donantes llamando al Departamento de Servicios para los Miembros.
- Proporcionamos o pagamos los servicios relacionados con la donación para donantes o posibles donantes (sean o no miembros) de acuerdo con nuestras pautas para servicios de donantes.

Si su trasplante se deniega porque es de naturaleza experimental o de investigación, consulte la sección “*Quejas y apelaciones*” para obtener información sobre su derecho a una “Revisión Médica Independiente para denegaciones de terapias experimentales y de investigación”.

Cuando reciba servicios de trasplante cubiertos, deberá pagar el **costo compartido que debería pagar si los servicios no estuvieran relacionados con un trasplante**. Por ejemplo, consulte “*Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*” en esta sección para conocer el costo compartido que se aplica a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Servicios para los Niños de California (CCS)

Los niños que necesiten atención médica especializada posiblemente sean elegibles para el Programa de Servicios para los Niños de California (*California Children's Services, CCS*).

El CCS es un programa médico de California que brinda tratamiento a niños que tienen determinadas condiciones físicas y necesitan atención médica especializada. Este programa está disponible para todos los niños de California cuyas familias reúnen determinados requisitos de elegibilidad médicos, financieros y residenciales. Los servicios proporcionados a través del programa CCS están coordinados por la oficina local del CCS del Condado.

Si el PCP de un miembro sospecha o identifica la existencia de un problema de salud que posiblemente cumpla los requisitos para que el miembro participe en el CCS, puede referir al miembro al programa CCS local del condado. El programa CCS (local o de la Oficina regional del CCS) determinará si la condición del miembro reúne los requisitos para recibir los servicios del CCS.

Si se determina que un Miembro de L.A. Care Covered **Direct™** es elegible para recibir los servicios del CCS, seguirá inscrito en el producto QHP. El miembro será referido y debería recibir tratamiento para la condición elegible para el CCS a través de la red especializada de proveedores del CCS o los centros especializados aprobados por el CCS. Estos proveedores y centros especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las condiciones elegibles para el CCS. L.A. Care seguirá proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventivos que no estén relacionados con las condiciones elegibles para el CCS, según lo descrito en este documento. L.A. Care también trabajará en forma conjunta con el programa CCS para coordinar la atención médica proporcionada por el programa CCS y el plan. L.A. Care seguirá brindando todos los demás servicios médicos no relacionados con el diagnóstico del CCS.

La oficina del CCS debe verificar la situación residencial de cada niño que participe en el programa CCS. Si su hijo es referido para participar en el programa CCS, se le pedirá que complete una breve solicitud para verificar la situación residencial y la elegibilidad financiera, y garantizar la coordinación de la atención médica de su hijo después de que se realice la referencia.

Puede obtener más información sobre el programa CCS llamando al programa CCS del Condado de Los Ángeles al **1.800.288.4584**.

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones

Los artículos y servicios detallados en esta sección de “Exclusiones” están excluidos de la cobertura. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de lo contrario, estarían cubiertos conforme a este *Acuerdo del Suscriptor y Manual*

para Miembros independientemente de que los servicios estén dentro del ámbito de la licencia o el certificado de un proveedor. Las exclusiones adicionales que se aplican solamente a un beneficio en particular se detallan en la descripción de ese beneficio en la sección “Beneficios del plan”.

- audífonos para adultos
- servicios dentales de rutina para adultos
- inseminación artificial y concepción por medios artificiales

Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (*gamete intrafallopian transfer, GIFT*), semen y óvulos (y los servicios relacionados con la recolección y el almacenamiento), fertilización in vitro (*in vitro fertilization, IVF*) y transferencia intratubárica de cigotos (*zygote intrafallopian transfer, ZIFT*).

Servicios de biorretroalimentación

Todos los servicios de biorretroalimentación están exentos de cobertura, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y lo hayan recetado un médico y un cirujano con licencia o un psicólogo.

Determinados exámenes y servicios

Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar un empleo o para participar en programas para empleados, (2) necesarios para obtener un seguro o una licencia, o (3) exigidos por orden judicial o para conseguir la libertad condicional. Esta exclusión no se aplica si un médico participante determina que los servicios son médicamente necesarios.

Servicios estéticos

Servicios cuyo fin principal sea cambiar o conservar su aspecto, con la excepción de que esta exclusión no se aplica en los siguientes casos:

- servicios cubiertos conforme a la sección “Cirugía reconstructiva” de la sección “Beneficios del plan”
- los siguientes dispositivos cubiertos conforme a la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos” de la sección “Beneficios del plan”: implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía y prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos y los servicios proporcionados por un quiropráctico.

Cuidado de custodia

Asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar los medicamentos). Esta exclusión no se aplica a la asistencia con las actividades de la vida cotidiana que se

proporcione como parte de cuidados paliativos cubiertos, servicios cubiertos de un hospital de enfermería o atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados.

Servicios dentales y ortodóncicos

Servicios dentales y ortodóncicos, tales como radiografías, aparatos, implantes, servicios proporcionados por dentistas u ortodoncistas, servicios dentales luego de una lesión accidental en los dientes, y servicios dentales como resultado de un tratamiento médico, como una cirugía maxilar y radioterapia.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos por la sección “*Servicios dentales y ortodóncicos*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

Suministros desechables

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendas, gaza, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes, vendas elásticas tipo Ace y pañales, protectores y otros suministros para la incontinencia. Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos conforme a las secciones “*Equipo médico duradero*”, “*Servicios de salud en el hogar*”, “*Cuidados paliativos*”, “*Suministros para estoma y urológicos*” y “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

Tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello

Artículos y servicios recetados para promover, prevenir o tratar de algún otro modo la pérdida de cabello o el crecimiento del cabello, o procedimientos de trasplante capilar relacionados con el diagnóstico de disforia de género. En estos casos, los procesos de queja, apelación e IMR correspondientes estarían disponibles para los miembros que no estén de acuerdo con esta decisión.

Servicios para la infertilidad

Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

Artículos y servicios que no sean artículos y servicios para la atención médica. Por ejemplo, no cubrimos:

- la enseñanza de modales y etiqueta
- los servicios de capacitación y apoyo para desarrollar aptitudes de planificación, como la planificación de las actividades cotidianas y la planificación de proyectos o tareas
- los artículos y servicios para aumentar el conocimiento académico o las aptitudes académicas
- los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- los servicios de consejeros o tutores académicos para desarrollar aptitudes en el ámbito de la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo
- los servicios para enseñarle a leer, tenga dislexia o no
- las pruebas educativas

- la enseñanza de arte, danza, equitación, música, juegos o natación
- la capacitación para desarrollar aptitudes para obtener un empleo o con fines vocacionales
- la capacitación vocacional o la enseñanza de aptitudes vocacionales
- los cursos de crecimiento profesional
- la capacitación para un trabajo específico o la asesoría laboral

Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo

Artículos y servicios (como cirugía ocular o lentes de contacto para cambiar la forma del ojo) destinados a corregir defectos refractivos del ojo, como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo.

Beneficios de atención médica a largo plazo

Incluye atención de enfermería especializada a largo plazo en un establecimiento con licencia, y atención de relevo. (Para obtener información sobre los beneficios de atención de enfermería especializada a corto plazo o cuidados paliativos, consulte la sección “*Atención de enfermería especializada*” de la sección “*Beneficios del plan*”).

Servicios de atención médica que no sean médicamente necesarios

Cualquier servicio de atención médica, suministro, artículo de comodidad personal, procedimiento o equipo que no sea médicamente necesario. Esto incluye habitaciones privadas en un hospital, a menos que sean médicamente necesarias.

Nutrición oral

La nutrición oral ambulatoria, como los suplementos nutricionales, suplementos a base de hierbas, complementos para bajar de peso, leches de fórmula y alimentos.

Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes productos:

- productos con aminoácidos modificados y fórmula de nutrición enteral elemental cubiertos conforme a la sección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados en consulta externa*” de la sección de “*Beneficios del plan*”
- fórmula enteral cubierta conforme a la sección “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*” de la sección de “*Beneficios del plan*”

Otro seguro

Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de atención médica. L.A. Care proporcionará los servicios en el momento en que se requieran. (Consulte la sección “*Coordinación de beneficios*” para obtener detalles).

Atención médica residencial

Atención médica en un establecimiento en el que se quede durante la noche, con la excepción de que esta exclusión no

se aplica cuando la permanencia durante la noche sea parte de la atención médica cubierta en un hospital, un hospital de enfermería, un establecimiento de atención de relevo para pacientes hospitalizados cubierto conforme a la sección “*Cuidados paliativos*”, o un establecimiento con licencia que proporcione servicios residenciales cubiertos conforme a la sección “*Hospitalización psiquiátrica o programas de tratamiento psiquiátrico intensivo*” de la sección “*Servicios de salud mental*”.

Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies

Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies que no sean médicamente necesarios.

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal

Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley necesite contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para ser vendido en los Estados Unidos, pero que no esté aprobado por la FDA. Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes servicios:

- Servicios experimentales o de investigación, cuando se haya presentado una solicitud de investigación ante la FDA y el fabricante u otra fuente ponga los servicios a disposición suya o de L.A. Care a través de un procedimiento autorizado por la FDA, con la excepción de que no cubrimos los servicios que habitualmente sean proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas inscritas en un estudio clínico u otro protocolo de tratamiento en investigación.
- Servicios cubiertos conforme a la sección “*Estudios clínicos*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

Si L.A. Care deniega su solicitud de servicios porque determina que los servicios son experimentales o de investigación, usted puede solicitar una IMR. Para obtener información acerca del proceso de IMR, consulte la sección “*Quejas y apelaciones*” de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

Servicios proporcionados por personas sin licencia

Servicios que son proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesitan licencias o certificados otorgados por el estado para brindar servicios de atención médica, y cuando la condición del Miembro no requiera que los servicios sean proporcionados por un proveedor de atención médica con licencia. Esta exclusión no se aplica a los servicios proporcionados como parte de un plan de tratamiento para la salud de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificado o un paraprofesional de servicios de autismo calificado para el tratamiento del trastorno del espectro autista.

Servicios recibidos antes de la fecha de inicio de la cobertura de L.A. Care del miembro

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

Cuando un servicio no esté cubierto, todos los servicios relacionados con el servicio no cubierto están excluidos, excepto los servicios que cubriríamos para tratar complicaciones del servicio no cubierto. Por ejemplo, si usted se realizara una cirugía estética no cubierta, no cubriríamos los servicios que reciba para prepararse para la cirugía o para la atención médica de seguimiento. Si luego sufriera una complicación que pusiera en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier servicio que estaría cubierto para tratar la complicación.

Alquiler de vientre

Servicios proporcionados a cualquier persona en conexión con un acuerdo de alquiler de vientre, excepto los servicios que estarían cubiertos proporcionados a una miembro que alquile su vientre. Un acuerdo de alquiler de vientre es aquel en el que una mujer (la madre sustituta) acepta quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona u otras personas que desean criarlo. Consulte la sección “*Acuerdos de alquiler de vientre*” en la sección “*Reducciones*” de esta sección de “*Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones*” para obtener información sobre sus obligaciones para con nosotros en relación con un acuerdo de alquiler de vientre, lo que incluye su obligación de reembolsarnos por cualquier servicio que cubramos.

Limitaciones

Haremos todo lo posible, de buena fe, por brindar o coordinar los servicios cubiertos dentro de la disponibilidad restante de establecimientos o personal en caso de circunstancias inusuales que demoren o imposibiliten la prestación de los servicios conforme a este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, como una catástrofe, epidemia, guerra, disturbio, insurrección civil, discapacidad de una gran parte del personal de un hospital participante, destrucción completa o parcial de instalaciones y conflicto laboral. En estas circunstancias, si tiene una condición médica de emergencia, llame al 911 o vaya al hospital más cercano, según lo descrito en la sección “*Servicios de emergencia*”.

Las limitaciones adicionales que se aplican solamente a un beneficio en particular se detallan en la descripción de ese beneficio en la sección “*Beneficios del plan*”.

Información general

Participación en el programa de beneficios

L.A. Care aplicará el contrato del plan de salud y este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* para determinar sus beneficios, y buscará decidir lo mejor para todas las personas elegibles para recibir beneficios.

Notificaciones

Toda notificación exigida o permitida por este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* debe realizarse por escrito y entregarse personalmente o enviarse por correo regular, registrado o certificado, correo urgente del Servicio Postal de los Estados Unidos o correo en 24 horas, con los gastos de envío prepagados, o bien por fax, a las direcciones detalladas a continuación:

Para envíos a L.A. Care:

L.A. Care Health Plan
Attention: Director of Customer Solution Center
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

Para envíos a un Miembro:

Última dirección del Miembro registrada en L.A. Care.

Toda notificación enviada por correo registrado o certificado, con solicitud de acuse de recibo, se considerará cursada en la fecha de entrega que figure en la tarjeta de recepción, o si no figura ninguna fecha de entrega, en la fecha que figure en el sello. Si se envía por correo regular, la notificación se considerará cursada 48 horas después de que la notificación se confeccione y envíe con los gastos de envío pagados. Las notificaciones enviadas por correo urgente del Servicio Postal de los Estados Unidos o correo en 24 horas que garantice la entrega el día siguiente se considerarán cursadas 24 horas después de la entrega de la notificación al Servicio Postal de los Estados Unidos o a la empresa de correo. Si alguna notificación se transmite por fax o un medio similar, la notificación se considerará cursada o entregada al recibir la confirmación telefónica de recepción de la transmisión, siempre que también se envíe una copia por mensajería o correo.

Cómo se le paga a un proveedor

L.A. Care le paga a su médico, hospital u otro proveedor de diversas formas:

- un pago por cada servicio, o
- capitación, que consiste en una suma fija, independientemente de los servicios prestados.

A veces, los proveedores reciben una recompensa por brindar atención médica de calidad a los miembros de L.A. Care. Si tiene alguna pregunta, llame a L.A. Care.

L.A. Care trabaja con una gran cantidad de proveedores para brindar servicios de atención médica a sus miembros. La mayoría de los médicos están organizados en grupos (también conocidos como grupos de proveedores participantes [PPG] o grupos médicos). Los PPG no pueden cobrarles ninguna otra suma a los miembros, a excepción de los copagos.

Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura

Los miembros pueden presentar las facturas o estados de cuenta de proveedores directamente a nuestro departamento de reclamos a la siguiente dirección:

L.A. Care Health Plan
Claims Department
P.O. Box 712129
Los Angeles, CA 90071

Puede llamar a Servicios para los Miembros del L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711). Esta llamada es gratuita.

Contratistas independientes

Los médicos, PPG, hospitales y otros proveedores de atención médica de L.A. Care no son agentes ni empleados de L.A. Care, sino contratistas independientes. Si bien L.A. Care acredita regularmente a los médicos que brindan servicios a los miembros, L.A. Care no proporciona por sí misma dichos servicios. Por lo tanto, L.A. Care no es responsable por los actos u omisiones de ninguna persona que brinde estos servicios a los miembros. Esto incluye médicos, hospitales u otros proveedores, o sus empleados.

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Un miembro puede solicitar una revisión del DMHC si L.A. Care cancela o se niega a renovar la membresía de un miembro, y el miembro cree que se debe a motivos de salud o al uso de los beneficios.

El miembro puede comunicarse con el DMHC llamando a la línea gratuita al **1.888.HMO.2219 (1.888.466.2219)**.

Coordinación de beneficios

L.A. Care coordinará los beneficios para los miembros, incluso en los casos en los que los miembros sean elegibles para:

- otros beneficios médicos (como el Programa de Servicios para los Niños de California [CCS])
- otro contrato
- otro programa gubernamental

L.A. Care coordinará los pagos por los servicios cubiertos en función de las leyes y reglamentaciones del estado de California y las políticas de L.A. Care.

Si L.A. Care cubre beneficios superiores a los exigidos por la ley, L.A. Care o el PPG tienen derecho a recuperar el pago en exceso de cualquier persona o entidad que pueda haberse beneficiado con dicho pago. Como miembro de L.A. Care, usted acepta ayudar a L.A. Care a recuperar cualquier pago en exceso.

Responsabilidad de terceros

L.A. Care proporcionará los servicios cubiertos cuando la lesión o enfermedad haya sido causada por un tercero. El término “tercero” incluye compañías de seguro, personas o agencias gubernamentales. En virtud de las leyes del estado de California, L.A. Care o el PPG pueden imponer un derecho de embargo sobre cualquier pago o derecho de pago que usted pueda tener o pueda haber recibido como resultado de una lesión o enfermedad causada por un tercero. La suma de dicho derecho de embargo puede incluir:

- los costos razonables y auténticos pagados por los servicios de atención médica que usted haya recibido, y
- una suma adicional en virtud de las leyes del estado de California.

Como miembro, usted también se compromete a ayudar a L.A. Care a recuperar el pago de los servicios prestados, para lo cual es posible que tenga que firmar o entregar documentos necesarios para proteger los derechos de L.A. Care.

Participación en las políticas públicas

L.A. Care es un plan de atención médica administrada público e independiente dirigido por una Mesa Directiva. La Mesa Directiva de L.A. Care se reúne mensualmente. L.A. Care lo invita a:

- asistir a las reuniones de la Mesa Directiva
- brindar públicamente sus comentarios en las reuniones de la Mesa Directiva
- participar en la elaboración de políticas que garanticen la comodidad, dignidad y satisfacción de los miembros, sus familias y todas las personas que soliciten servicios de atención médica (Código de Salud y Seguridad [Health and Safety Code] 1369)

Comités de Asesoría de la Comunidad (CAC)

Hay 11 Comités de Asesoría de la Comunidad (*Community Advisory Committees*, CACs) de L.A. Care en el Condado de Los Ángeles. El propósito de los comités de asesoría es:

- ofrecer comentarios sobre los servicios y las operaciones actuales y futuros de los planes de salud
- discutir los problemas e inquietudes de los miembros
- aconsejar a la Mesa Directiva de L.A. Care
- educar a la comunidad sobre problemas de atención médica y habilitar a los miembros del comité para que sean defensores

Los CACs se reúnen una vez al mes. Están integrados por miembros de L.A. Care, miembros defensores (de apoyo) y proveedores de atención médica. Para obtener más información sobre los CACs, llame a Extensión y Educación Comunitaria de L.A. Care al **1.888.522.2732**. Esta llamada es gratuita.

Notificación de prácticas de información

La Ley de Protección de la Privacidad e Información de Seguros (*Insurance Information and Privacy Protection Act*) establece que “L.A. Care puede recopilar información personal de personas que no sean las personas que solicitan la cobertura de seguro”. L.A. Care no divulgará ninguna información personal sin contar con un consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita o lo exija. Si solicitó cobertura de seguro a través de L.A. Care, puede tener acceso a su información personal recopilada a través del proceso de solicitud.

Ley aplicable

L.A. Care debe respetar todas las disposiciones que cualquiera de las leyes mencionadas a continuación exija que formen parte de este programa de beneficios, incluso si no están incluidas en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* o en el contrato del plan de salud. (Ley Knox-Keene de California [*California Knox-Keene Act*] [Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California] y las reglamentaciones del Título 28).

Nuevas tecnologías

L.A. Care está al tanto de los cambios y los avances en la atención médica. Estudiamos nuevos tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos. A todo esto lo denominamos “nuevas tecnologías”. Analizamos informes científicos e información del gobierno y especialistas médicos. Luego decidimos si cubrimos o no las nuevas tecnologías. Los miembros y proveedores pueden solicitarle a L.A. Care que analice nuevas tecnologías.

Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones

En el caso desafortunado de que se produzca una catástrofe, epidemia, guerra, disturbio o insurrección civil importante, o la destrucción completa o parcial de algún establecimiento, nuestros grupos médicos participantes y hospitales harán todo lo posible por brindarle los servicios que necesite. Ante estas condiciones extremas, diríjase al médico u hospital más cercano para recibir servicios de emergencia. L.A. Care luego proporcionará el reembolso correspondiente.

Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

La Persona inscrita acepta los términos, condiciones y disposiciones de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* al completar y firmar el formulario de inscripción, al seleccionar a L.A. Care como su Plan de Salud Calificado, al realizar el pago correspondiente a la prima inicial a nombre de L.A. Care y, en lo sucesivo, al pagarle las primas directamente a L.A. Care.

Indivisibilidad del acuerdo

Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, incluidos todos los anexos y modificaciones, contiene la totalidad de lo acordado entre la Persona inscrita y L.A. Care con respecto al objeto de este Acuerdo, e incorpora todas las obligaciones, condiciones, compromisos y acuerdos aceptados por las partes de este Acuerdo con respecto a dicho objeto. Este Acuerdo reemplaza todos y cada uno de los acuerdos, negociaciones, manifestaciones o comunicaciones anteriores o contemporáneos, ya sean escritos o verbales, entre la Persona inscrita y L.A. Care con respecto al objeto de este Acuerdo.

Definiciones

Esta lista de definiciones le ayudará a comprender las palabras y frases utilizadas en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

Acuerdo del Suscriptor (también denominado “*Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*”) es el documento que usted está leyendo. Le informa qué servicios están cubiertos y cuáles no, y cómo usar los servicios de L.A. Care.

Agudo hace referencia a un efecto en la salud que es breve o de alta intensidad.

Ambulatorio hace referencia al tratamiento médico en un hospital o clínica en el que no es necesario quedarse durante la noche.

Anestesia es la pérdida de sensibilidad debido a una depresión farmacológica de la función nerviosa.

Anticonceptivos de emergencia contienen el mismo medicamento que los anticonceptivos comunes y ayudan a evitar el embarazo.

Año de beneficios es el año calendario de 12 meses, según lo definido por L.A. Care.

Aparato ortopédico es un dispositivo que se utiliza para soportar, alinear, corregir o mejorar la función de partes corporales móviles, o prevenir problemas en dichas partes.

Área de servicio es el área geográfica en la que L.A. Care tiene licencia para brindar servicios. El área de servicio de L.A. Care es el Condado de Los Ángeles. La Isla Catalina está excluida para L.A. Care Covered *Direct*[™].

Asistentes son las personas que han sido certificadas por L.A. Care para ayudar a las personas y familias elegibles a solicitar la membresía y a inscribirse en planes de salud calificados a través de L.A. Care.

Atención de la salud mental es el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o emocionales, o de problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra condición.

Atención médica/servicios de emergencia son servicios cubiertos médicamente necesarios, que incluyen servicios de ambulancia y de salud mental, que un miembro cree que son necesarios para resolver o aliviar una enfermedad o un síntoma grave, una lesión, un dolor intenso, el trabajo de parto o una condición que requiera diagnóstico y tratamiento inmediato.

Autorizar/autorización es el requisito que establece que los servicios cubiertos deben aprobarse.

Beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) son categorías de servicios de atención médica que deben estar cubiertas por determinados planes y por todos los

planes estatales de Medicaid a partir de 2014. Los planes de salud deben cubrir estos beneficios para poder estar certificados y ofrecerse en el Intercambio con un contrato con L.A. Care.

Beneficios del plan, beneficios o servicios cubiertos son aquellos servicios, suministros y medicamentos que un Miembro tiene derecho a recibir conforme al QHP para L.A. Care Covered *Direct*[™].

Beneficios, beneficios del plan o servicios cubiertos son aquellos servicios, suministros y medicamentos que un miembro tiene derecho a recibir conforme al QHP de L.A. Care para L.A. Care Covered *Direct*[™].

Cancelación de la membresía es cuando usted abandona L.A. Care por cualquier motivo.

Capitación es una tarifa fija pagada por mes a los proveedores por los servicios cubiertos proporcionados a los Miembros de L.A. Care.

Cardiología es la especialidad médica que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardíacas.

Cargos permitidos hace referencia a los cargos detallados en la tabla de tarifas negociada por el plan de salud con cada proveedor participante.

Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) son centros de salud que reciben un subsidio de Servicios de Salud Pública (*Public Health Services, PHS*). Los FQHC se encuentran en zonas donde faltan muchos servicios de atención médica.

Cirugía reconstructiva es la cirugía para corregir anomalías del cuerpo, mejorar funciones corporales o recuperar el aspecto normal de una persona.

Continuidad de la atención médica es su derecho a seguir consultando a su médico o usando un hospital en determinados casos, aunque el médico u hospital abandone su plan de salud o grupo médico.

Contraindicado es la indicación de que un método de tratamiento que se utilizaría normalmente no es recomendable debido a circunstancias especiales de un caso en particular.

Copago es la cantidad que un miembro debe pagar por determinados servicios cubiertos después de alcanzar cualquier deducible aplicable.

Coseguro hace referencia a un porcentaje de los cargos permitidos que usted debe pagar cuando recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor participante.

Costos de atención médica de rutina son los costos habituales o normales de los servicios de atención médica brindados al paciente.

Credencial es un certificado que indica que una persona está acreditada para tratar a un miembro.

Créditos fiscales anticipados para las primas es el pago de los créditos fiscales autorizados por el Capítulo 26B del Título 26 del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, U.S.C.) y las reglamentaciones que lo implementan, que se proporcionan por anticipado a una persona inscrita en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través de Covered California™, conforme a la Sección 1412 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act).

Cuidado de custodia se trata de cuidados a largo plazo que no requieren enfermería especializada.

Cuidados paliativos son servicios y atención médica proporcionados por un profesional certificado o con licencia, en el hogar o en un establecimiento, para aliviar el dolor y brindar apoyo a las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad terminal.

De naturaleza experimental o de investigación son servicios médicos utilizados en seres humanos en centros de pruebas y estudios clínicos, y que requerirán la autorización especial de agencias gubernamentales como la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Deducible es la suma que usted debe pagar en un año calendario directamente a los proveedores de servicios de atención médica por los servicios de atención médica que su plan de salud cubra, antes de que el plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de salud no pagará por ninguno de los servicios que estén sujetos al deducible, hasta que se haya alcanzado el deducible de \$1,000. La suma del deducible se basa en las tarifas contratadas negociadas por L.A. Care con sus proveedores participantes. El deducible no se aplica a todos los servicios cubiertos.

Deducible integrado hace referencia a la suma combinada que usted debe pagar (directamente a los proveedores de servicios de atención médica) por los servicios de atención médica en un año calendario por dos categorías de servicios distintas, como servicios médicos y de farmacia, antes de que su plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible integrado para servicios médicos y de farmacia es de \$5,000, su plan de salud no pagará por ninguno de los servicios médicos o medicamentos cubiertos que estén sujetos al deducible, hasta que se haya alcanzado el deducible integrado de \$5,000. El deducible integrado no se aplica a todos los servicios cubiertos.

Departamento de Servicios de Salud del Estado (*State Department of Health Services, SDHS*) es una agencia estatal de California destinada a proteger y mejorar el estado de salud de todos los californianos.

Departamento de Servicios para los Miembros es el departamento de L.A. Care que puede ayudar a los Miembros a resolver sus preguntas e inquietudes.

Dependiente inscrito es un integrante de la familia de una Persona inscrita que cumple con los requisitos de elegibilidad

aplicables establecidos por L.A. Care para la cobertura e inscripción de un Dependiente.

Derecho de embargo es un reclamo o carga sobre un bien, en virtud del cual un acreedor (una persona a la que se le debe dinero) tiene una garantía por una deuda o cargo que se le adeuda.

Diagnóstico es la decisión en cuanto a la naturaleza de una enfermedad.

Diálisis es una forma de filtración para separar las moléculas más pequeñas de las más grandes en una solución. Esto se logra colocando una membrana semipermeable entre la solución y el agua.

Dificultades visuales se refiere a cuando la capacidad para ver es reducida.

Directorio de proveedores es una lista de médicos, hospitales, farmacias y servicios de salud mental que tienen un contrato con L.A. Care para brindar los servicios de atención médica cubiertos a los Miembros.

Discapacidad es un problema físico o mental que limita total o sustancialmente la capacidad de realizar una o más de las actividades importantes de la vida.

Elegible/elegibilidad significa cumplir determinados requisitos para poder participar en un programa o recibir los beneficios de un programa.

Enfermedades mentales graves (*Severe Mental Illness, SMI*) son enfermedades mentales graves y persistentes, que pueden causar conductas que interfieren sustancialmente con las actividades primarias de la vida cotidiana y provocar la imposibilidad de mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación durante un período prolongado o indefinido. Incluyen los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por estrés posttraumático, así como, trastornos afectivos mayores, u otros trastornos mentales sumamente incapacitantes.

Equipo médico duradero (DME) es el equipo médico, como camas de hospital y sillas de ruedas, que puede utilizarse una y otra vez.

Especialista es un médico con capacitación especializada, que ha sido aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a los Miembros.

Especialista participante es un médico con capacitación especializada, que ha sido aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Estudio clínico sobre el cáncer es un estudio de investigación que se hace con enfermos de cáncer para determinar si un tratamiento o medicamento nuevo para el cáncer es seguro y sirve para tratar el tipo de cáncer que afecta al paciente.

Evaluación de la prioridad para recibir atención médica

es la evaluación de la salud de un miembro realizada por un médico o un enfermero capacitados para examinarlo con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de atención médica del miembro.

Evidencia de cobertura (también denominada “*Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*”) es el documento que usted está leyendo. Le informa qué servicios están cubiertos y cuáles no, y cómo usar los servicios de L.A. Care.

Farmacia es una tienda de medicamentos minorista con licencia, donde puede surtir sus recetas médicas.

Fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) es una enfermedad poco frecuente que puede causar retraso mental y otros problemas neurológicos si no se inicia el tratamiento dentro de las primeras semanas de vida.

Formulario de medicamentos (formulario) es una lista de los medicamentos aprobados por L.A. Care. Un formulario es una lista que incluye los medicamentos que usualmente son aceptados por la comunidad médica como seguros y eficaces.

Formulario es una lista de los medicamentos aprobados por L.A. Care. Un formulario es una lista que incluye los medicamentos que usualmente son aceptados por la comunidad médica como seguros y eficaces.

Gravemente debilitante describe una enfermedad o condición que quizás no pueda resolverse o modificarse y que puede provocar la muerte.

Grupo de proveedores participantes es un grupo de médicos al que pertenece su médico o PCP. Vea también el término “Grupo médico”.

Grupo médico es un grupo de médicos al que pertenece su médico o PCP. Vea también el término “Grupo de proveedores participantes”.

Hemodiálisis es la diálisis de sustancias solubles y agua de la sangre mediante la difusión a través de una membrana semipermeable.

Hospital de enfermería es un establecimiento con licencia del Departamento de Servicios de Salud del Estado (*State Department of Health Services, SDHS*) de California para proporcionar servicios de enfermería especializada.

Hospital es un lugar donde puede recibir la atención de médicos o enfermeros en forma ambulatoria o como paciente hospitalizado.

Hospital participante es un hospital aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Infertilidad consiste en una capacidad disminuida o nula de concebir y tener hijos después de tener relaciones sexuales sin protección, en forma regular, durante más de doce meses.

Inmunizaciones son vacunas que ayudan al sistema inmunitario a atacar a los organismos que pueden provocar enfermedades. Algunas inmunizaciones se administran en una sola vacuna o dosis oral. Otras requieren varias vacunas durante un período determinado.

Inscripción es el acto de iniciar su participación en un plan de beneficios como L.A. Care Covered™.

Intérprete es una persona profesionalmente capacitada que expresa de manera precisa e imparcial en una segunda lengua un mensaje hablado o por señas en cierto idioma, y que se rige por un código de ética profesional.

L.A. Care Health Plan es una organización de atención médica administrada sin fines de lucro que brinda servicios de atención médica a personas y familias.

Laboratorio es un lugar equipado para la realización de análisis, experimentos y procedimientos de investigación.

Lente intraocular es una lente que se coloca dentro del globo ocular.

Ley de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 es una ley que protege contra la discriminación a las personas con discapacidades y les garantiza igualdad de oportunidades en materia de empleo y de servicios gubernamentales estatales y locales. Para obtener más información, llame al Departamento de Justicia (Department of Justice) de los Estados Unidos al **1.800.514.0301** (voz) o al **1.800.514.0383** (TTY).

Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) es la ley que estipula el marco, las políticas, las reglamentaciones y las pautas para la implementación de la reforma integral del cuidado de salud a cargo de los estados. La Ley de Cuidado de Salud Asequible expandirá el acceso a la atención médica y a un seguro accesible de alta calidad.

Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 (Título 6) es una ley que protege a los miembros que tienen un conocimiento limitado del idioma inglés y les exige a los proveedores de atención médica que reciben dinero del gobierno federal que ofrezcan servicios de idiomas que incluyan interpretación y traducciones. Para obtener más información, llame a la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Human Rights) al **1.800.368.1019** (voz) o al **1.800.537.7697** (TTY).

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley que protege sus derechos de recibir un seguro médico y de que se proteja la privacidad de sus expedientes médicos y otra información médica personal.

Límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted pagará durante el Año de beneficios, antes de que su plan de salud comience a pagar el 100% de la suma permitida por los servicios cubiertos. Toda suma que pague por servicios cubiertos sujetos al deducible se aplicará al límite anual de gastos de bolsillo. Los copagos y coseguros que se computan para el límite se detallan en la sección “*Pagos que se computan para el máximo*”.

Medicamento aceptado es un término utilizado para las pruebas o tratamientos usados comúnmente por los médicos

para el tratamiento de una enfermedad o diagnóstico en particular.

Medicamento necesario/Necesidad médica se refiere a todos los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades, o aliviar el dolor por medio del diagnóstico o tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

Medicamento de mantenimiento es un medicamento que se toma de forma continua para un problema médico crónico.

Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) es un médico que actúa como su médico de familia y administra sus necesidades de atención médica.

Médico es un doctor en medicina.

Médico participante es un médico, que además es un médico de atención primaria (PCP) participante o un especialista participante aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Miembro es una persona que está inscrita y efectuada en L.A. Care Covered™.

Negligencia es cuando se realiza un acto que cualquier persona normal prudente no hubiera realizado bajo circunstancias similares, o cuando no se actúa cuando cualquier persona normal prudente lo hubiera hecho en circunstancias similares.

Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) es el organismo que se ocupa de las quejas por discriminación de grupos minoritarios o personas con discapacidades.

Período de inscripción abierta es un período designado cada año (que por lo general dura unos pocos meses), durante el cual las personas aseguradas y sus Dependientes inscritos pueden realizar cambios en la cobertura del seguro médico.

Persona inscrita es una persona inscrita en el QHP individual y familiar, la cual es responsable del pago de las primas a L.A. Care., pero que no se ha efectuado.

Persona prudente sin conocimiento especializado es una persona que no pertenece a una profesión o especialidad en particular, pero que tiene conocimientos o información como para tomar una buena decisión.

Poner en peligro la vida es cuando una enfermedad o condición puede poner en peligro la vida de una persona si no se interrumpe el curso de la enfermedad.

Prima es una cuota mensual que una Persona inscrita (Miembro) debe pagarle a L.A. Care por la cobertura médica.

Prima familiar es el pago mensual por familia.

Profesional de la salud calificado es un PCP, especialista u otro proveedor de atención médica con licencia que actúa dentro del ámbito de su profesión. Un profesional de la salud calificado también tiene formación clínica en la enfermedad, padecimiento o condición. La formación clínica incluye capacitación y experiencia, o un alto grado de competencia

y conocimientos.

Programa de Servicios para los Niños de California (CCS) es un programa de atención médica estatal abierto a personas menores de 19 años con una condición incapacitante. Llame al programa CCS del Condado de Los Ángeles al **626.858.2100** para obtener más información.

Prótesis es un dispositivo artificial que se utiliza para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

Proveedor participante es un médico, hospital, farmacia u otro profesional de atención médica aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Proveedor(es) son los profesionales médicos y organizaciones que tienen un contrato con L.A. Care para brindar los servicios de atención médica cubiertos a los miembros. Nuestros proveedores de atención médica incluyen:

- médicos
- hospitales
- hospitales de enfermería
- agencias de atención médica en el hogar
- farmacias
- compañías de transporte médico
- laboratorios
- centros de radiología
- proveedores de equipo médico duradero
- otros

Pruebas de detección son pruebas que protegen su salud mediante la detección temprana de enfermedades, cuando puede ser más fácil tratarlas.

Pruebas de diagnóstico son pruebas que se utilizan para realizar un diagnóstico.

Queja es el término utilizado cuando usted no está satisfecho con el servicio de atención médica que recibe o si el plan de salud le niega la prestación del servicio o el tratamiento que usted solicita. La queja puede ser administrativa o clínica, y usted puede presentarla por teléfono o por escrito.

Queja urgente se utiliza cuando una persona no está conforme con el servicio de atención médica y cree que una demora en la decisión podría poner en peligro la vida o provocar una condición debilitante. Algunos ejemplos de motivos para la presentación de una queja urgente son:

- dolor intenso
- posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo

Quimioterapia es el tratamiento de una enfermedad mediante el uso de sustancias químicas o medicamentos.

Quiropráctica es la práctica que se dedica a localizar, detectar y corregir la subluxación vertebral. Esta técnica se realiza únicamente mediante el ajuste vertebral manual.

Radiología es el uso de radiación para diagnosticar y tratar una enfermedad.

Receta médica es una orden por escrito expedida por una persona con licencia.

Red es el grupo de médicos, hospitales, farmacias y servicios de salud mental que tienen un contrato con L.A. Care para brindar los servicios de atención médica cubiertos a los Miembros.

Referencia es el proceso por el cual su PCP le deriva a otros proveedores para que solicite y obtenga los servicios cubiertos, para lo cual se necesita la autorización previa de L.A. Care.

Referencia permanente es una referencia aprobada por su PCP para más de una visita a un especialista o centro de atención médica especializada para recibir tratamiento continuo o a largo plazo de una condición médica.

Responsabilidad de terceros es la responsabilidad de una parte que no sea el estado de California, L.A. Care ni un Miembro.

Responsable/responsabilidad es la obligación de una parte o persona de acuerdo con lo exigido por la ley o lo dispuesto por la justicia.

Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) es una revisión de la decisión de su plan de salud de denegar un determinado servicio o tratamiento solicitado por usted. (La revisión es proporcionada por el Departamento de Atención Médica Administrada y realizada por expertos médicos independientes, y su plan de salud debe pagar por el servicio si una IMR establece que usted lo necesita).

Segunda opinión es una visita que usted hace a otro médico cuando:

- desea confirmar su plan de tratamiento;
- no está de acuerdo con el plan de tratamiento de su PCP, o
- tiene dudas respecto de un diagnóstico.

Servicios cubiertos, beneficios del plan o beneficios son aquellos servicios, suministros y medicamentos que un miembro tiene derecho a recibir conforme al QHP de L.A. Care para L.A. Care Covered **Direct™**.

Servicios de atención médica para pacientes hospitalizados son servicios proporcionados a un paciente admitido en un hospital.

Servicios de habilitación son servicios y dispositivos de atención médica médicamente necesarios, que ayudan a una persona a adquirir o mejorar (en forma total o parcial) ciertas capacidades y funciones, y que son necesarios para tratar una condición médica en la mayor medida posible. Estos servicios se concentran en las aptitudes y capacidades necesarias para funcionar en interacción con el entorno de una persona. Algunos ejemplos de servicios de atención médica que no son servicios de habilitación incluyen: atención de relevo, atención diurna, atención recreativa, tratamiento residencial, servicios sociales, cuidado de custodia o servicios de educación de cualquier tipo, como la capacitación vocacional. Los servicios de habilitación se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones aplicados a

los servicios de rehabilitación brindados conforme al contrato del plan.

Servicios de rehabilitación son los servicios utilizados para recuperar la capacidad para funcionar de un modo normal o casi normal después de una enfermedad, padecimiento o lesión.

Servicios de urgencia son servicios médicos necesarios para evitar que una enfermedad o lesión empeore con la demora del tratamiento.

Servicios para los trastornos de la conducta incluyen el psicoanálisis, la psicoterapia, la consejería, la administración médica u otros servicios que, comúnmente, proporcionan un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero matrimonial, infantil y familiar con licencia, u otro profesional o paraprofesional de salud mental, para el diagnóstico o tratamiento de problemas emocionales o mentales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra afección, o el diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias. Los trastornos de salud mental o emocionales incluyen, entre otros: la anorexia nerviosa, el trastorno por déficit de atención (TDA), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno del espectro autista, el trastorno bipolar, la bulimia nerviosa, los trastornos depresivos mayores, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, la psicosis, la esquizofrenia, y el trastorno esquizoafectivo.

Servicios para pacientes ambulatorios es la atención médica proporcionada sin la necesidad de una admisión en un establecimiento de atención médica. Esto incluye diversos procedimientos y tratamientos médicos, como análisis de sangre, radiografías, vacunas, nebulizaciones e incluso los chequeos mensuales de rutina para bebés proporcionados por pediatras.

Servicios terapéuticos son los servicios para tratar, remediar o curar un trastorno o enfermedad.

Sistema de Elegibilidad, Inscripción y Retención de Beneficios de Salud de California (*California Health Eligibility, Enrollment and Retention System, CalHEERS*) es un proyecto patrocinado en forma conjunta por el Intercambio de beneficios y seguros de salud de California y el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services), con la ayuda de la Oficina de Integración de Sistemas (Office of Systems Integration), para mantener los procesos para tomar las determinaciones de elegibilidad con respecto al Intercambio y otros programas de atención médica del estado, y para ayudar a las personas inscritas en la selección de un plan de salud.

Solicitante es una persona que solicita la inscripción en L.A. Care Covered **Direct™** en su propio nombre. Un solicitante también es una persona que solicita la inscripción en nombre de un hijo del cual es responsable. Los hijos se denominan Dependientes inscritos.

Terapia del habla es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia para tratar problemas del habla.

Esta definición no pretende limitar, reemplazar ni excluir los servicios proporcionados como parte de un plan de tratamiento para los trastornos de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificado o un paraprofesional de servicios de autismo calificado para el tratamiento de trastornos generalizados del desarrollo o del trastorno del espectro autista.

Terapia física es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia mediante el uso de ejercicio y agentes físicos, como ultrasonido, calor y masajes, a fin de mejorar y mantener la capacidad de un paciente de desenvolverse después de una enfermedad o lesión.

Terapia ocupacional es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia mediante el uso de las artes, oficios u otro tipo de entrenamiento de las habilidades de la vida cotidiana, a fin de mejorar y mantener la capacidad de un paciente de desenvolverse después de una enfermedad o lesión.

Terapia respiratoria es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia para mejorar la función respiratoria de un paciente.

Tercero incluye compañías de seguro, personas o agencias gubernamentales.

Tiempo de espera para la evaluación de la prioridad para recibir atención médica es el tiempo de espera para hablar por teléfono con un médico o un enfermero capacitados para examinar a un Miembro que puede necesitar atención médica.

Trastorno emocional grave (*Serious Emotional Disturbance, SED*) es una condición mental que se produce en pacientes menores de 19 años. Según lo indicado en la edición más reciente del *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, los menores con este trastorno tienen problemas graves en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o la capacidad para desenvolverse en la comunidad; además de que reúnen otros requisitos y están en alguna de estas dos situaciones:

- a. el menor corre riesgo de que se lo retire de su hogar o ya ha sido retirado, o
- b. el trastorno y los problemas mentales han estado presentes durante más de seis meses o es probable que persistan durante más de un año sin tratamiento.

Tratamiento para los trastornos de la conducta se refiere a los servicios profesionales y a los programas de tratamiento recetados por un médico o cirujano, o por un psicólogo con licencia, y brindados en el marco de un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios de autismo calificado, y administrado por un proveedor, profesional o paraprofesional de servicios de autismo calificado, incluidos los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención en el comportamiento basada en evidencias, y puede incluir administración de casos clínicos y supervisión de casos bajo la dirección y supervisión de un proveedor de servicios de

autismo calificado, que desarrollen o recuperen, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona que sufre un trastorno del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y o el trastorno generalizado del desarrollo). El plan de tratamiento debe contener objetivos medibles que desarrolle y apruebe el proveedor de servicios de autismo calificado (*qualified autism service, QAS*). Estos objetivos deben revisarse cada seis meses y modificarse cuando corresponda. El plan de tratamiento no se usa para brindar atención de relevo, atención médica diurna ni servicios educativos, ni para reembolsar a un padre por la participación en el tratamiento.

TTY es un aparato de telecomunicaciones para las personas con problemas auditivos.

Venéreo significa relativo a las relaciones sexuales o causado por ellas.

Asistencia idiomática

English: Free language assistance services are available. You can request interpreting or translation services, information in your language or in another format, or auxiliary aids and services. Call L.A. Care at **1-855-270-2327 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.

Spanish: Los servicios de asistencia de idiomas están disponibles de forma gratuita. Puede solicitar servicios de traducción e interpretación, información en su idioma o en otro formato, o servicios o dispositivos auxiliares. Llame a L.A. Care al **1-855-270-2327 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

Chinese: 提供免費語言協助服務。您可申請口譯或翻譯服務，您使用之語言版本或其他格式的資訊，或輔助援助和服務。請致電 L.A. Care 電話 **1-855-270-2327 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。上述電話均為免費。

Vietnamese: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ biên dịch hoặc phiên dịch, thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc bằng các định dạng khác, hay các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ ngôn ngữ. Xin vui lòng gọi L.A. Care tại **1-855-270-2327 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog: Available ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng pag-interpret o pagsasaling-wika, impormasyon na nasa iyong wika o nasa ibang format, o mga karagdagang tulong at serbisyo. Tawagan ang L.A. Care sa **1-855-270-2327 (TTY 711)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga holiday. Libre ang tawag.

Korean: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 또는 번역 서비스, 귀하가 사용하는 언어 또는 기타 다른 형식으로 된 정보 또는 보조 지원 및 서비스 등을 요청하실 수 있습니다. 공휴일을 포함해 주 7 일, 하루 24 시간 동안 L.A. Care, **1-855-270-2327(TTY 711)**번으로 문의하십시오. 이 전화는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Armenian: Տրամադրելի են լեզվական օգնության անվճար ծառայություններ: Կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանչական կամ թարգմանչական ծառայություններ, Ձեր լեզվով կամ տարբեր ձևաչափով տեղեկություն, կամ օժանդակ օգնություններ և ծառայություններ: Չանգահարեք L.A. Care **1-855-270-2327** համարով (**TTY 711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Այս հեռախոսազանգն անվճար է:

Farsi:

خدمات رایگان امداد زبانی موجود می باشد. می توانید برای خدمات ترجمه شفاهی یا کتبی، اطلاعات به زبان خودتان یا فرمت دیگر، یا امدادها و خدمات اضافی درخواست کنید. با L.A. Care به شماره **1-855-270-2327 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته شامل روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги перевода. У Вас есть возможность подать запрос о предоставлении устных и письменных услуг перевода, информации на Вашем языке или в другом формате, а также вспомогательных средств и услуг. Звоните в L.A. Care по телефону **1-855-270-2327 (TTY 711)** 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, включая праздничные дни. Этот звонок является бесплатным.

Japanese: 言語支援サービスを無料でご利用いただけます。通訳・翻訳サービス、日本語や他の形式での情報、補助具・サービスをリクエストすることができます。L.A. Care までフリーダイヤル **1-855-270-2327 (TTY 711)** にてご連絡ください。祝休日を含め毎日 24 時間、年中無休で受け付けています。

Arabic:

خدمات المساعدة اللغوية متاحة مجاناً. يمكنك طلب خدمات الترجمة الفورية أو الترجمة التحريرية أو معلومات بلغتك أو بتنسيق آخر أو مساعدات وخدمات إضافية. اتصل بـ L.A. Care على الرقم **1-855-270-2327 (TTY 711)** على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. المكالمات مجانية.

Panjabi: ਪੰਜਾਬੀ: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਫੋਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। L.A. Care ਨੂੰ **1-855-270-2327 (TTY 711)** ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਇੱਕ ਦਿਨ ਵਿੱਚ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿੱਚ 7 ਦਿਨ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਸਮੇਤ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

Khmer: សេវាជំនួយខាងភាសា គឺមានដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬការបកប្រែ ស្នើសុំព័ត៌មាន ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់មួយទៀត ឬជំនួយជ្រោមជ្រែង និងសេវា។ ទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care តាមលេខ **1-855-270-2327 (TTY 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj tuaj yeem thov kom muab cov ntaub ntawv txhais ua lus lossis txhais ua ntawv rau koj lossis muab txhais ua lwm yam lossis muab khoom pab thiab lwm yam kev pab cuam. Hu rau L.A. Care ntawm tus xov tooj **1-855-270-2327 (TTY 711)**, tuaj yeem hu tau txhua txhua 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib vij thiab suab nrog cov hnuv so tib si, tus xov tooj no hu dawb xwb.

Hindi: मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। आप दुभाषिया या अनुवाद सेवाओं, आपकी भाषा या किसी अन्य प्रारूप में जानकारी, या सहायक उपकरणों और सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप L.A. Care को **1-855-270-2327 (TTY 711)** नंबर पर फ़ोन करें, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन, छुट्टियों सहित। कॉल मुफ्त है।

Thai: มีบริการช่วยเหลือภาษาฟรี คุณสามารถขอรับบริการการแปลหรือล่าม ข้อมูลในภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่น หรือความช่วยเหลือและบริการเสริมต่าง ๆ ได้ โทร L.A. Care ที่ **1-855-270-2327 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์รวมทั้งวันหยุด โทรฟรี

Números de teléfono importantes

Programas y servicios para niños

Acceso para Bebés y Madres (AIM)	1-800-433-2611
Servicios para los Niños de California (CCS)	1-800-288-4584
Programa de Salud y Prevención de la Discapacidad Infantil (CHDP)	1-800-993-CHDP (1-800-993-2437)

Servicios para discapacidades

Información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades.....	1-800-514-0301
Servicio de Retransmisión de California (TTY) para usuarios con dificultades auditivas	1-800-735-2929
Servicio de Retransmisión de California (TTY) para usuarios con dificultades auditivas	711

Servicios de L.A. Care Health Plan

Servicios del plan de salud.....	1-888-4LA-CARE (1-888-452-2273)
Inscripción en L.A. Care Covered <i>Direct</i>[™]	1-855-222-4239
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered <i>Direct</i>[™]	1-855-270-2327
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered <i>Direct</i>[™] TTY	711
Autorizaciones	1-877-431-2273
Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta (Beacon TTY)	1-800-735-2929
Línea de Ayuda de Cumplimiento	1-800-400-4889
Línea de Enfermería.....	1-800-249-3619
Farmacia	1-855-270-2327
Plan de la vista (VSP) TTY	1-800-428-4833
Liberty Dental	1-888-700-5243
Liberty Dental (TTY)	1-877-855-8039

Servicios del Condado de Los Ángeles

Departamento de Servicios de Salud Pública	1-213-250-8055
Departamento de Salud Mental	1-800-854-7771
Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños	1-888-942-9675

Servicios del estado de California

Departamento de Servicios de Salud del estado de California (DHCS)	1-916-445-4171
Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)	1-888-HMO-2219 (1-888-466-2219)
Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS).....	1-877-481-1044
Medi-Cal	1-877-481-1044
Programa de Ingreso Social Suplementario (SSI)	1-800-772-1213

Mapa de áreas de servicio





Esto es solamente un resumen. Si desea más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o la documentación del plan en lacare.org/members/member-materials/la-care-covered o llamando al 1-855-270-2327.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$6,300 por persona/\$12,600 por familia. La atención médica preventiva no está sujeta al deducible.	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo comienza a contar el deducible (por lo general, pero no siempre, el 1.º de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Existen otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	Sí. \$500 por persona/\$1,000 por familia. Hay un deducible de farmacia por año calendario por persona. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos.
¿Existe algún <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Sí. Para los proveedores participantes: \$7,000 por persona/\$14,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué conceptos no están incluidos en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las primas y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Existe algún <u>límite anual general</u> en lo que el plan paga?	No.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

<p>¿Este plan usa una <u>red de proveedores</u>?</p>	<p>Sí. Para obtener una lista de los proveedores contratados, consulte lacare.org o llame al 1-855-270-2327.</p>	<p>Si usa un médico u otro proveedor de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde le hayamos autorizado a recibir atención médica. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido o participante para referirse a los proveedores pertenecientes a su red. Consulte la tabla que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de proveedores.</p>
<p>¿Necesito una <u>referencia para ver a un especialista</u>?</p>	<p>Sí. Su médico de atención primaria (<i>primary care physician</i>, PCP) tiene que referirle.</p>	<p>Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para consultar a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con el permiso del plan antes de realizar dicha consulta.</p>
<p>¿Existen servicios que este plan no cubra?</p>	<p>Sí.</p>	<p>Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 9. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información acerca de los servicios excluidos.</p>



- Los **copagos** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por los servicios de atención médica cubiertos, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es la parte que *usted* paga de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje de la **cantidad permitida** del servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan para una estadía en un hospital por una noche es de \$1,000, su **coseguro** del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no alcanzó su **deducible**.
- La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un **proveedor** fuera de la red cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red cobra \$1,500 por la estadía por una noche y la **cantidad permitida** es de \$1,000, quizás deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina **facturación del saldo**). En algunos casos, un proveedor no perteneciente al plan podrá proporcionar los servicios cubiertos en un establecimiento dentro de la red donde usted haya obtenido autorización para recibir atención médica. Usted no deberá pagar ninguna cantidad que supere su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en establecimientos del plan o en establecimientos dentro de la red donde le hayamos autorizado a recibir atención médica.
- Es posible que este plan le incentive a usar **proveedores** de la red cobrándole **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$75	Sin cobertura	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.
	Visita al consultorio de otro profesional	\$75	Sin cobertura	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.
	Visita a un especialista	\$105	Sin cobertura	Incluye visitas de terapia, y otras visitas al consultorio no suministradas por el médico de atención primaria o el especialista o no especificadas en otra categoría de beneficios. Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.
	Atención médica preventiva/pruebas de detección/inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$40 por análisis de laboratorio.	Sin cobertura	
		El 100% por radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes.	Sin cobertura	Con sujeción al deducible.
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</p> <p>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en lacare.org.</p>	Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)	Farmacia minorista: 100% Pedidos por correo: 100%	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.
	Nivel 2 (de marca preferidos)	Farmacia minorista: 100% Pedidos por correo: 100%	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.
	Nivel 3 (de marca no preferidos)	Farmacia minorista: 100% Pedidos por correo: 100%	Sin cobertura	Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.
	Nivel 4 (medicamentos de especialidad)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta. No disponible a través de pedido por correo.

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa	Tarifa de instalaciones de cirugía (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Tarifas del médico/cirujano	100%	Sin cobertura	Con sujeción al deducible.
	Visita en consulta externa	100%	Sin cobertura	Con sujeción al deducible.
Si necesita atención médica inmediata	Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias	100%	100%	Con sujeción al deducible.
	Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	
	Transporte médico de emergencia	100%	100%	Con sujeción al deducible.
	Atención médica de urgencia	\$75	\$75	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Tarifa del médico/cirujano	100%	Sin cobertura	Con sujeción al deducible.

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de salud mental, para los trastornos de la conducta o para abuso de sustancias	Visitas al consultorio para tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta	\$75	Sin cobertura	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas. Se necesita autorización previa para las pruebas psicológicas.
	Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta	100%	Sin cobertura	Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen terapia electroconvulsiva, programas de tratamiento intensivo en consulta externa, observación psiquiátrica, hospitalización parcial en consulta externa y estimulación magnética transcraneal.
	Tarifa de instalaciones de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Tarifa del médico de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Visitas al consultorio para tratamiento en consulta externa del abuso de sustancias	\$75	Sin cobertura	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas. Se necesita autorización previa para el tratamiento médico de la abstinencia en casos de abuso de sustancias.

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
	Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa del abuso de sustancias	100%	Sin cobertura	Con sujeción al deducible. Se necesita autorización previa. Los servicios incluyen programas de tratamiento intensivo en consulta externa, hospitalización parcial en consulta externa y tratamiento diurno de abuso de sustancias.
	Tarifa de instalaciones para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital)	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Tarifa del médico de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
Si está embarazada	Atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción	Sin cargo	Sin cobertura	
	Parto y todos los servicios como paciente internada	El 100% de los cargos del hospital El 100% de los cargos del profesional	Sin cobertura	Con sujeción al deducible.

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Su costo si usa un proveedor dentro de la red	Su costo si usa un proveedor fuera de la red	Limitaciones y excepciones
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de salud en el hogar	100%	Sin cobertura	Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar. Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Servicios de rehabilitación ambulatoria	\$75	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Servicios de habilitación ambulatoria	\$75	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	100%	Sin cobertura	Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Equipo médico duradero	100%	Sin cobertura	Se necesita autorización previa. Con sujeción al deducible.
	Servicio de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Se necesita autorización previa.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin cargo	Sin cobertura	El deducible no se aplica.
	Anteojos	Sin cargo	Sin cobertura	1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).
	Chequeo dental: servicios preventivos y diagnósticos (incluye examen bucal, limpiezas y radiografías preventivas, selladores por pieza dental, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio fijos)	Sin cargo	Sin cobertura	

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención médica a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención dental (adultos)
- Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.
- La mayor parte de la cobertura brindada fuera de los Estados Unidos
- Tratamiento para la infertilidad
- Enfermera privada
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención de rutina de los pies
- Servicios relacionados con un aborto

Su derecho a continuar la cobertura:

Es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar esta cobertura de seguro de salud siempre que pague su **prima**. Sin embargo, hay excepciones, como si:

- Comete fraude.
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el estado.
- Usted se muda fuera del área de cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar la cobertura, comuníquese con nosotros llamando al 1-855-270-2327. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado llamando al 1-888-466-2219.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Su derecho a presentar una queja o apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura de reclamos del plan, es posible que pueda presentar una **apelación** o una **queja**. Para realizar preguntas sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con: [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).

Servicios de idioma:

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in (your language), first call your health plan's phone number at [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327). Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327). Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de Ayuda de HMO al [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagapagsalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327). Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang Sentro na Tumutulong ng HMO sa [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219).]

_____ Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente página. _____

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al [1-800-750-4776](tel:1-800-750-4776) para solicitar una copia.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran el modo en que este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un supuesto paciente si estuviera cubierto por diferentes planes.



Esta no es una herramienta de estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención médica real recibida por usted será diferente de estos ejemplos, y el costo de dicha atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El Plan paga \$1,140
- El paciente paga \$6,300

Ejemplo de costos de atención médica:

Cargos del hospital (mamá)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos recetados	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$6,300
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Total	\$6,300

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una condición bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El Plan paga \$3,335
- El paciente paga \$2,065

Ejemplo de costos de atención médica:

Medicamentos recetados	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$1,800
Copagos	\$265
Coseguro	\$0
Total	\$2,065

Preguntas: Llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.

Preguntas y respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos en los que se basan los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las primas.
- Los ejemplos de costos de atención médica se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos, y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La condición del paciente no es una condición excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención médica a través de proveedores dentro de la red.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los deducibles, los copagos y el coseguro. También le ayuda a ver qué gastos pueden estar a su cargo porque el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención médica?

✘ No. Los tratamientos detallados son solo ejemplos. La atención médica recibida por usted para esta condición podría ser diferente según lo aconsejado por su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ No. Los ejemplos de cobertura no son una herramienta de estimación de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Se brindan solamente como un medio de comparación. Sus propios costos serán diferentes según la atención

médica que reciba, los precios de sus proveedores y el reembolso permitido por su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ Sí. Cuando vea el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, vea el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa cifra, más cobertura brinda el plan.

¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ Sí. Un costo importante es la prima que pague. Por lo general, cuanto más baja sea su prima, más pagará en costos de bolsillo, como copagos, deducibles y coseguro. También debe tener en cuenta los aportes a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés), que le ayudarán a pagar los gastos de bolsillo.

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 o visítenos en lacare.org.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov, o llame al 1-800-750-4776 para solicitar una copia.



L.A. Care
Covered[™]
Direct



Llame gratis al **1.855.270.2327** | TTY: 711



lacare.org

