



L.A. Care
HEALTH PLAN®

L.A. Care *Covered*™

Una guía útil para sus beneficios de atención de la salud

2019



1 de Enero de 2019 - 31 de Diciembre de 2019



Infórmese sobre su cobertura

Cuando se inscriba en L.A. Care por primera vez, y cada año en lo sucesivo, recibirá un paquete de información importante sobre su cobertura de atención médica. Léalo y llámenos si tiene alguna pregunta. Puede visitar el sitio web de L.A. Care en lacare.org/es para obtener la información que figura a continuación y mucho más:

Información básica

- Qué beneficios y servicios *están* cubiertos.
- Qué beneficios y servicios *no están* cubiertos.
- Cómo toma decisiones su plan de salud sobre cuándo 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 de la red de L.A. Care.
- Cómo acceder a la atención médica cuando está fuera del condado de Los Ángeles.
- Cómo cambiar a su médico de atención primaria (*Primary Care Physician, PCP*).
- Cómo obtener información sobre los médicos.
- Cómo obtener 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, 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 su plan de salud evalúa la tecnología nueva para decidir si debería ser un beneficio cubierto.
- Cómo obtener servicios de asistencia en su idioma y recursos para discapacitados.

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 las 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 un Formulario

- El formulario será actualizado y publicado mensualmente, y puede encontrar el formulario y sus actualizaciones en nuestro sitio web en **lacare.org/es**.
- Ciertos medicamentos cubiertos tienen restricciones, como la terapia de pasos (*Step Therapy*, ST), los límites de cantidad (*Quantity Limits*, QL), o requieren una 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 las restricciones y de los procedimientos de gestión farmacéutica, visite el sitio web de L.A. Care en **lacare.org/es**.

Asuntos relacionados con 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 cancela su membresía en el plan.
- Cómo L.A. Care protege y usa su información médica personal.

Si desea recibir 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 Covered
Bronze 60 HMO
Resumen de beneficios

El Resumen de beneficios establece la parte de los costos que pagará el Miembro por los Servicios cubiertos en virtud de este plan de beneficios, y representa solamente una breve descripción del plan de beneficios. Le pedimos que lea minuciosamente la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de las disposiciones, los beneficios, las exclusiones, los requisitos de autorización previa y otra información importante acerca de este plan de beneficios.

Lea las notas al pie al final de este Resumen de beneficios, ya que proporcionan información adicional importante.

Resumen de beneficios

Plan HMO

Deducible del Miembro por año calendario (deducible del plan médico) ¹	Deducible a cargo	
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y de otro tipo ¹	Servicios proporcionados por proveedores no preferidos y no participantes ²
Deducible médico por año calendario (no se aplica el deducible para las tres primeras visitas no preventivas, que pueden incluir visitas de atención médica de urgencia o visitas para tratar problemas de salud mental en consulta externa).	\$6,300 por Miembro/\$12,600 por Familia	100% de todos los cargos

Deducible de farmacia del Miembro por año calendario ³	Deducible a cargo del Miembro	
	Farmacia participante ¹	Servicios proporcionados por proveedores no preferidos y no participantes ²
Por Miembro/por Familia No se aplica a medicamentos ni dispositivos anticonceptivos.	\$500 por Miembro/\$1,000 por Familia	100% de todos los cargos

Máximo de gastos de bolsillo del Miembro por año calendario ^{1, 4}	Máximo de gastos de bolsillo del Miembro por año calendario	
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y de otro tipo ¹	Servicios proporcionados por proveedores no preferidos y no participantes ²
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible)	\$7,550 por Miembro/\$15,100 por Familia	100% de todos los cargos

Máximo de beneficios del Miembro durante toda su vida	Pago máximo de L.A. Care
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y de otro tipo ¹
Máximo de beneficios de por vida	Sin máximo

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes ¹
Beneficios de acupuntura	
Servicios de acupuntura	
Servicios cubiertos proporcionados por un acupunturista certificado (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Servicios cubiertos proporcionados por un médico (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Beneficios de pruebas y tratamiento de alergias	
Suero para alergias comprado por separado para el tratamiento	100% después del deducible
Visitas al consultorio (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$105 antes del deducible, luego \$105 después del deducible)	\$105 después del deducible
Beneficios de ambulancia⁶	
Transporte de emergencia o autorizado	100% después del deducible
Transporte de emergencia para salud mental y trastornos de consumo de sustancias	100%
Beneficios de centro quirúrgico ambulatorio	
Nota: es posible que no se disponga de centros quirúrgicos ambulatorios participantes en todas las áreas. Los servicios de cirugía ambulatoria en consulta externa también pueden recibirse en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio afiliado con un hospital, y se pagarán conforme a lo detallado en la sección de Beneficios de hospital (servicios de instalaciones) de este Resumen de beneficios.	
Tarifa de instalaciones de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	100% después del deducible
Cirujano/médico de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de cirugía bariátrica Se necesita autorización previa.	
Tarifa de instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Tarifa del cirujano/médico de cirugía bariátrica para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Servicios hospitalarios en consulta externa	100% después del deducible
Beneficios de quiropraxia	
Servicios de quiropraxia Servicios cubiertos proporcionados por un quiropráctico	Sin cobertura
Beneficios de estudio clínico para el tratamiento del cáncer o de condiciones que ponen en peligro la vida	
Servicios de estudio clínico para el tratamiento del cáncer o de condiciones que ponen en peligro la vida. Servicios cubiertos para Miembros que han sido aceptados en un estudio clínico aprobado para el cáncer, cuando cuenten con la autorización previa de L.A. Care. (Nota: El costo compartido indicado está relacionado con los servicios para pacientes hospitalizados. Si los servicios relacionados con este beneficio se proporcionan en un establecimiento ambulatorio, se aplicará una tarifa de establecimiento ambulatorio).	100% después del deducible
Servicios dentales y ortodóncicos Por ejemplo, radiografías, aparatos, implantes, servicios proporcionados por dentistas u ortodoncistas, servicios dentales después de una lesión accidental en los dientes y servicios dentales a raíz de un tratamiento médico, como una cirugía maxilar y radioterapia. Consulte la sección de Servicios dentales de la Evidencia de cobertura para obtener más información.	
Servicios de instalaciones de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	100% después del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Consultorio (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de atención médica para la diabetes	
<p>Dispositivos, equipos y suministros</p> <p>Los equipos para la diabetes incluyen: monitor de glucosa en sangre; bombas de insulina; dispositivos podiátricos, incluido el calzado ortopédico; y accesorios para la visión, salvo anteojos. Los medicamentos relacionados con la diabetes y los suministros para pruebas de diabetes están cubiertos en virtud del Beneficio de medicamentos en consulta externa. (Nota: esta definición se proporciona para aclarar las diferencias entre este beneficio y el Beneficio de medicamentos recetados en consulta externa, tal como se detalla a continuación).</p> <p>Beneficio de medicamentos en consulta externa: los medicamentos relacionados con la diabetes, las jeringas y agujas desechables para personas diabéticas y los suministros para pruebas de diabetes incluidos en el Formulario están cubiertos en virtud del beneficio de medicamentos. Consulte el Formulario de L.A. Care para obtener más información. Los suministros para pruebas de diabetes, que incluyen lancetas, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y orina y tablas de pruebas, están cubiertos. Estos artículos de venta libre deben ser indicados por un médico para contar con cobertura.</p>	100% después del deducible
Capacitación para el autocontrol de la diabetes proporcionada por un médico en un consultorio ⁷	Sin cargo
Capacitación para el autocontrol de la diabetes proporcionada por un dietista titulado o una enfermera titulada que sean educadores sobre la diabetes certificados ⁷	Sin cargo
Terapia de nutrición médica ⁷	Sin cargo
Beneficios de diálisis	
Cuidados de diálisis para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
<p>Servicios de diálisis en consulta externa</p> <p>Nota: los Servicios de diálisis también pueden recibirse en un hospital. Los Servicios de diálisis recibidos en un hospital se pagarán al nivel de los servicios proporcionados por proveedores participantes según lo especificado en la sección de Beneficios de hospital (servicios de instalaciones) de este Resumen de beneficios.</p>	100% después del deducible
Beneficios de equipo médico duradero	
Sacaleche	Sin cargo
<p>Otros equipos médicos duraderos</p> <p>Incluye, a modo de ejemplo: bombas de insulina, medidores del flujo máximo, monitores de glucosa en sangre, postes para infusión intravenosa</p>	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
Beneficios de sala de emergencias	
Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo
Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias	100% después del deducible (no se aplica si es admitido)
Beneficios de planificación familiar Nota: los copagos detallados en esta sección corresponden a los Servicios de médicos en consulta externa únicamente. Si los servicios se proporcionan en una instalación (hospital, centro quirúrgico ambulatorio, etc.), también se aplicará el copago de la instalación detallado en el beneficio de la instalación correspondiente del Resumen de beneficios, excepto para la colocación o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU), el dispositivo intrauterino (DIU) y la ligadura de trompas.	
Asesoría y consulta (Incluye visitas al consultorio del médico vinculadas con la colocación de un diafragma o la administración de anticonceptivos inyectables o implantables)	Sin cargo
Procedimiento de colocación de un diafragma Cuando se administra en un consultorio, este servicio es adicional al copago por visita al consultorio del médico.	Sin cargo
Abortos	100% después del deducible
Anticonceptivos implantables	Sin cargo
Servicios para la infertilidad	Sin cobertura
Anticonceptivos inyectables	Sin cargo
Colocación o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU)	Sin cargo
Dispositivo intrauterino (DIU)	Sin cargo
Ligadura de trompas	Sin cargo
Vasectomía	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
<p>Beneficios de servicios de salud en el hogar Hasta un máximo combinado de beneficios de 100 visitas por Miembro, por año calendario, para todos los servicios de salud en el hogar y terapia de infusión/medicamentos inyectables en el hogar. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, la cantidad de días comienza a computarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios proporcionados por agencias de servicios de salud en el hogar, lo que incluye visitas domiciliarias de una enfermera, asistencia en el hogar, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta del habla o terapeuta ocupacional. • Beneficios de terapia de infusión/medicamentos inyectables en el hogar (como factor de coagulación y otros productos de infusión en el hogar) <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas domiciliarias de una enfermera especializada en infusiones (las visitas de enfermería proporcionadas por una agencia de infusiones en el hogar no están sujetas al límite de visitas por año calendario para servicios de salud en el hogar y terapia de infusión/medicamentos inyectables en el hogar). ○ Suministros médicos asociados con la terapia de infusión/medicamentos inyectables ○ Los medicamentos inyectables autoadministrables no intravenosos para el hogar están cubiertos en virtud del Beneficio de medicamentos recetados en consulta externa, y se aplican los copagos estándares del miembro 	100% después del deducible
<p>Beneficios del Programa de cuidados paliativos⁸ Servicios cubiertos para Miembros que hayan sido aceptados en un Programa de cuidados paliativos aprobado Todos los beneficios del Programa de cuidados paliativos deben contar con la autorización previa de L.A. Care y deben recibirse a través de una agencia de cuidados paliativos participante.</p>	
Atención médica domiciliaria continua las 24 horas	Sin cargo
Atención médica general para pacientes hospitalizados	Sin cargo
Atención médica de relevo para pacientes hospitalizados	Sin cargo
Consulta previa a la administración de cuidados paliativos	Sin cargo
Atención médica domiciliaria de rutina	Sin cargo
<p>Beneficios de hospital (servicios de instalaciones)⁹</p>	
<p>Tarifa de instalaciones para pacientes hospitalizados Habitación semiprivada y comida, y servicios y suministros médicamente necesarios, incluidos los cuidados subagudos.</p>	100% después del deducible
Tarifa del médico/cirujano para pacientes hospitalizados	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
Servicios de enfermería especializada médicamente necesarios para pacientes hospitalizados, incluidos los cuidados subagudos Hasta un máximo de 100 días por Miembro, por año calendario, excepto cuando se reciben a través de un Programa de cuidados paliativos proporcionado por una agencia de cuidados paliativos participante. Este máximo de días es un máximo de beneficios combinado para todos los servicios de enfermería especializada, ya sea que los proporcione un hospital o un hospital de enfermería independiente. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, la cantidad de días comienza a computarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario.	100% después del deducible
Tarifa de instalaciones en consulta externa	100% después del deducible
Tarifa del médico/cirujano en consulta externa	100% después del deducible
La visita en consulta externa incluye, a modo de ejemplo, quimioterapia, radioterapia en consulta externa, terapia de infusión en consulta externa, diálisis en consulta externa y otros servicios similares en consulta externa ¹⁰	100% después del deducible
Laboratorio y patología en consulta externa: Cuando se proporcionan para diagnosticar una enfermedad o lesión.	\$40
Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes en consulta externa: Servicios de radiografías en consulta externa, incluidas mamografías. Cuando se proporcionan para diagnosticar una enfermedad o lesión.	100% después del deducible
Beneficios de salud mental, abuso de sustancias y farmacodependencia (Todos los servicios proporcionados a través de Beacon Health)	Servicios proporcionados por proveedores participantes (de Beacon Health)
Beneficios de salud mental y abuso de sustancias^{11, 12, 13}	
Salud mental – Atención para pacientes hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> • Tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital) • Tarifa del médico para pacientes hospitalizados • Programa residencial para crisis (tratamiento a corto plazo en un programa residencial para crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia, con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda) • Servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados: salud mental¹⁴ • Observación psiquiátrica • Tratamiento residencial¹⁴ 	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
<p>Salud mental – Otros artículos y servicios ambulatorios Servicios brindados fuera de un consultorio, como un hogar o un centro de tratamiento, que involucren un tratamiento diario o semanal durante varias horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • Ambulancia que no es para emergencias (sin sujeción al deducible) • Tratamiento psiquiátrico ambulatorio intensivo multidisciplinario • Programas de tratamiento diurno • Programas ambulatorios intensivos • Tratamiento para trastornos de la conducta brindado en el hogar para trastornos generalizados del desarrollo/autismo • Otros servicios intermedios ambulatorios entre visitas de atención médica para pacientes hospitalizados y visitas al consultorio ambulatorias regulares • Hospitalización parcial en consulta externa¹⁵ • Estimulación transcraneal en consulta externa 	<p>Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes</p> <p>100% hasta \$75 después del deducible</p>
<p>Visitas de salud mental para pacientes ambulatorios Servicios obtenidos durante una visita al consultorio de un proveedor, una visita ambulatoria a un hospital o una visita de atención médica de urgencia. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individual • Tratamiento en un entorno grupal, evaluación y tratamiento • Administración de medicamentos • Pruebas psicológicas • Intervención en caso de crisis (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible) 	<p>\$75 después del deducible</p>
<p>Trastorno de consumo de sustancias – Atención para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarifa del establecimiento para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital) • Tarifa del médico para pacientes hospitalizados • Servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados¹⁴ • Servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación 	<p>100% después del deducible</p>

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
<p>Trastorno de consumo de sustancias – Otros artículos y servicios ambulatorios Servicios brindados fuera de un consultorio, como un hogar o un centro de tratamiento, que involucren un tratamiento diario o semanal durante varias horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • Ambulancia que no es para emergencias (sin sujeción al deducible) • Programas de tratamiento diurno • Programas ambulatorios intensivos • Otros servicios intermedios ambulatorios entre visitas de atención médica para pacientes hospitalizados y visitas al consultorio ambulatorias regulares 	100% hasta \$75 después del deducible
<p>Trastorno de consumo de sustancias – Visitas ambulatorias Servicios obtenidos durante una visita al consultorio de un proveedor, una visita ambulatoria a un hospital o una visita de atención médica de urgencia. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individual • Tratamiento en un entorno grupal, evaluación y tratamiento • Tratamiento médico para la abstinencia • Terapia de reemplazo de opioides <p>(primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)</p>	\$75 después del deducible
<p>Tratamiento para trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista (incluidos el síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo)¹⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento individual • Evaluación y tratamiento en un entorno grupal 	\$75 y se aplica el deducible después de las primeras tres visitas no preventivas
<p>Suministros para estoma y urológicos Recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de artículos blandos. L.A. Care selecciona al proveedor, y la cobertura se limita al suministro estándar que cumpla adecuadamente con sus necesidades médicas.</p>	100% después del deducible
<p>Beneficios de medicamentos recetados en consulta externa^{17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}</p>	Farmacia participante¹
<p>Medicamentos recetados comprados en farmacias minoristas (suministro para hasta 30 días)</p>	
<p>Medicamentos y dispositivos anticonceptivos²⁴</p>	Sin cargo
<p>Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)</p>	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
<p>Nivel 2 (de marca preferidos)</p>	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
<p>Nivel 3 (de marca no preferidos)</p>	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
Nivel 4 (medicamentos de especialidad) Se necesita autorización previa.	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
Medicamentos recetados comprados mediante servicio por correo (suministro para hasta 90 días)	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos ²⁴	Sin cargo
Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
Nivel 2 (de marca preferidos)	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
Nivel 3 (de marca no preferidos)	El 100% después del deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta
Beneficios de radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes, patología y laboratorio en consulta externa Nota: los beneficios de esta sección son para servicios de atención médica no preventiva y de diagnóstico y para procedimientos radiológicos de diagnóstico, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, angiografías por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones, etc. Para conocer los beneficios para servicios de atención médica preventiva, consulte la sección de Beneficios de atención médica preventiva de este Resumen de beneficios.	
Laboratorio y patología de diagnóstico en consulta externa, incluidas las pruebas de Papanicolaou realizadas en un centro de laboratorio ambulatorio o un hospital ambulatorio	\$40
Radiografías de diagnóstico y pruebas de diagnóstico por imágenes en consulta externa, incluidas las mamografías realizadas en un centro de radiología ambulatorio o un hospital ambulatorio	100% después del deducible
Servicios de diagnóstico por imágenes, incluidas las tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y resonancias magnéticas realizadas en el departamento de atención ambulatoria de un hospital o un centro de atención ambulatoria independiente Se necesita autorización previa.	100% después del deducible
Diagnóstico por imágenes mediante medicina nuclear Se necesita autorización previa.	100% después del deducible
Servicios pediátricos	
Cuidado del asma: nebulizadores	100% después del deducible
Cuidado del asma: espaciadores de inhaladores, medidores del flujo máximo	100% después del deducible
Educación sobre el cuidado del asma	Sin cargo
Beneficios de leches de fórmula y productos alimenticios especiales para la fenilcetonuria	
Fenilcetonuria	100% después del deducible de farmacia hasta un máximo de \$500 por receta
Beneficios podiátricos	
Servicios podiátricos proporcionados por un médico podólogo con licencia (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
Beneficios de atención médica para el embarazo y la maternidad	
Visitas al consultorio del médico antes de la concepción y prenatales, lo que incluye el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos de diagnóstico en caso de embarazo de alto riesgo	Sin cargo
Todos los Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizadas necesarios para un parto normal, una cesárea y complicaciones del embarazo	100% después del deducible
Todos los Servicios profesionales para pacientes hospitalizadas necesarios para un parto normal, una cesárea y complicaciones del embarazo	100% después del deducible
Visitas posparto al consultorio del médico (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Circuncisión de un recién nacido de rutina realizada en el consultorio, en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital ambulatorio	100% después del deducible
Beneficios de atención médica preventiva	
Atención médica preventiva, pruebas de detección e inmunizaciones. Incluye pruebas generales preventivas de detección del cáncer, pruebas de detección del cáncer cervical (pruebas de detección y vacunas para el virus del papiloma humano), mamografías para la detección del cáncer de seno, pruebas de antígenos específicos de la próstata, pruebas de sangre oculta en las heces, análisis de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de diabetes (pruebas de glucosa en sangre en ayunas), determinadas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas de VIH, servicios de dietilestilbestrol, pruebas de detección de aneurismas aórticos, angiografías de retina, densitometrías óseas y tomografías computarizadas. Consulte la sección de Atención médica preventiva de la Evidencia de cobertura para obtener más información.	Sin cargo
Examen físico de rutina	Sin cargo
Examen infantil de rutina preventivo (hasta los 23 meses de edad)	Sin cargo
Beneficios de profesionales (médicos)¹¹	
Visitas al consultorio del médico Nota: si recibe algún otro servicio con la visita al consultorio, es posible que incurra en un copago adicional por dicho beneficio, según lo detallado para ese servicio en este Resumen de beneficios. El copago adicional por ese beneficio puede estar sujeto al deducible médico por año calendario. (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Visitas al consultorio de otro profesional ²⁵ (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Visitas al consultorio de un especialista ²⁶ (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$105 antes del deducible, luego \$105 después del deducible)	\$105 después del deducible
Visitas de atención médica de urgencia (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Beneficios protésicos y ortopédicos	
Visitas al consultorio (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
Equipos y dispositivos protésicos ²⁷	100% después del deducible
Beneficios de cirugía reconstructiva	
Visitas al consultorio del médico (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$105 antes del deducible, luego \$105 después del deducible)	\$105 después del deducible
Servicios de instalaciones de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	100% después del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	100% después del deducible
Beneficios de servicios de rehabilitación y habilitación (terapia física, ocupacional y respiratoria)	
Servicios de rehabilitación proporcionados por un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta respiratorio en los siguientes lugares:	
Consultorio (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$75
Unidad de rehabilitación de un hospital por días médicamente necesarios En una instalación para pacientes hospitalizados, este copago se factura como parte de los Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	100% después del deducible
Beneficios de hospital de enfermería	
Servicios proporcionados por un hospital de enfermería independiente Hasta un máximo de beneficios de 100 días por Miembro por año calendario. Estos servicios tienen un máximo de días por año calendario, excepto cuando se reciben a través de un Programa de cuidados paliativos proporcionado por una agencia de cuidados paliativos participante. Este máximo de días es un máximo de beneficios combinado para todos los servicios de enfermería especializada, ya sea que los proporcione un hospital o un hospital de enfermería independiente. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, la cantidad de días comienza a computarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario.	100% después del deducible
Beneficios de terapia del habla	
Servicios de terapia del habla proporcionados por un médico, un patólogo del habla con licencia o un terapeuta del habla certificado en los siguientes lugares:	
Consultorio: servicios proporcionados por un médico (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Consultorio: servicios proporcionados por un patólogo del habla con licencia o un terapeuta del habla certificado (primeras tres visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$75 antes del deducible, luego \$75 después del deducible)	\$75 después del deducible
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$75
Unidad de rehabilitación de un hospital por días médicamente necesarios En una instalación para pacientes hospitalizados, este copago se factura como parte de los Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	100% después del deducible

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes
<p>Unidad de rehabilitación de un hospital de enfermería por días médicamente necesarios Hasta un máximo de beneficios de 100 días por Miembro por año calendario. Estos servicios tienen un máximo de días por año calendario, excepto cuando se reciben a través de un Programa de cuidados paliativos proporcionado por una agencia de cuidados paliativos participante. Este máximo de días es un máximo de beneficios combinado para todos los servicios de enfermería especializada, ya sea que los proporcione un hospital o un hospital de enfermería independiente. Si su plan tiene un deducible para instalaciones por año calendario, la cantidad de días comienza a computarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario.</p>	100% después del deducible
<p>Beneficios de trasplante 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.</p>	
Servicios hospitalarios	100% después del deducible
<p>Beneficios de la vista pediátricos²⁸ (miembros de hasta 19 años)</p>	
Examen de la vista de rutina (1 visita por año calendario)	Sin cargo
<p>Anteojos recetados Incluye marcos y lentes. 1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos).</p>	Sin cargo
Lentes de contacto y 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	Sin cargo
Corrección de la vista con láser ²⁸	Sin cobertura
<p>Beneficios dentales pediátricos^{29, 30}</p>	
<p>Servicios básicos Incluye procedimientos restaurativos y servicios de mantenimiento periodontal</p>	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
<p>Servicios de mayor envergadura Coronas y restauraciones</p>	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
Endodoncia	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
Periodoncia (además del mantenimiento)	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
Prostodoncia	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
Cirugía bucal	Consulte la tabla de copagos dentales de 2019
<p>Ortodoncia³¹ ortodoncia médicamente necesaria</p>	50%

Resumen de beneficios

Notas al pie:

- 1) Todos los pagos de costos compartidos por servicios cubiertos dentro de la red se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Si se aplica un deducible para el servicio, los pagos de costos compartidos por todos los servicios dentro de la red se acumulan para el deducible. Los servicios dentro de la red incluyen los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red, pero aprobados como dentro de la red por la compañía de seguros.
- 2) El Miembro es responsable de todos los cargos al recibir atención médica fuera de la red, a menos que los servicios prestados se consideren una emergencia médica o que los servicios prestados estén aprobados por el plan. 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 usted haya obtenido autorización para recibir atención médica.
- 3) Los pagos de costos compartidos por medicamentos que no estén incluidos en el formulario, pero que estén aprobados como excepciones, se acumulan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red del plan.
- 4) En la cobertura que no sea individual solamente, los pagos de una persona para alcanzar el deducible, si corresponde, se limitan a la cantidad del deducible anual individual. En la cobertura que no sea individual solamente, los gastos de bolsillo de una persona se limitan al máximo anual de gastos de bolsillo de la persona. Después de que un grupo familiar alcance el máximo familiar de gastos de bolsillo, el emisor pagará todos los costos de los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia.
- 5) Los copagos nunca pueden superar el costo real del servicio del plan. Por ejemplo, si los análisis de laboratorio cuestan menos que el copago de \$45, la cantidad menor es el costo compartido aplicable.
- 6) La cobertura del traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público no está incluida.
- 7) Es posible que el emisor de salud no imponga un costo compartido del miembro para el autocontrol de la diabetes, que se define como los servicios que se proporcionan para la capacitación del autocontrol de la diabetes en consulta externa, terapia de educación y nutrición médica para que el miembro pueda usar de manera adecuada los dispositivos, el equipo, los medicamentos y suministros, y cualquier otra capacitación de autocontrol en consulta externa, y terapia de educación y nutrición médica cuando la dirija o la prescriba el médico del miembro. Esto incluye, pero no se limita a, instrucción que permita a los pacientes diabéticos y a sus familias comprender mejor los procesos de la enfermedad de la diabetes, así como el manejo diario de la terapia para la diabetes, para evitar hospitalizaciones frecuentes y complicaciones.
- 8) El costo compartido por los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del lugar del servicio.
- 9) Es posible que el costo compartido del médico de pacientes hospitalizados se aplique para cualquier médico que facture independientemente de las instalaciones (p. ej., cirujano). Un médico de atención primaria o especialista de un miembro puede aplicar el costo compartido de la visita al consultorio cuando dé una consulta al miembro en un hospital u hospital de enfermería. Para las hospitalizaciones, si el establecimiento no factura la tarifa del establecimiento y la tarifa del médico/cirujano por separado, un emisor puede aplicar los requisitos de costo compartido para la tarifa del establecimiento a la totalidad del cargo.
- 10) El concepto de Visita en consulta externa dentro de la categoría de Servicios en consulta externa incluye, a modo de ejemplo, los siguientes tipos de visitas en consulta externa: quimioterapia en consulta externa, radioterapia en consulta externa, terapia de infusión en consulta externa, diálisis en consulta externa y servicios similares en consulta externa.
- 11) Para los planes Bronze, no se aplica el deducible para las primeras tres consultas no preventivas, que pueden incluir consultas de atención primaria, consultas con otros proveedores de la salud, consultas con especialistas, consultas de atención médica de urgencia o consultas para desórdenes salud mental/abuso de sustancias.
- 12) La consulta inicial en el consultorio/consulta externa para diagnosticar o determinar el tratamiento no necesita de autorización previa. No se necesita autorización previa para la atención médica de rutina en consulta externa para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o abuso de sustancias cuando es brindada por un proveedor dentro de la red. No hay un límite para el número de consultas en consultorio/consulta externa.

- 13) Es posible que los costos compartidos de los servicios sujetos a la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción (*Mental Health Parity and Addiction Equity Act*, MHPAEA) del gobierno federal sean diferentes pero no mayores que los costos compartidos detallados en estos diseños de los planes de beneficios centrados en el paciente, si es necesario para cumplir con la MHPAEA.
- 14) El tratamiento residencial del abuso de sustancias que emplee métodos terapéuticos altamente intensivos y variados en un contexto altamente estructurado y que se realice en entornos tales como programas de rehabilitación residencial comunitaria, programas de administración de casos y programas postratamiento, se categoriza como servicios para abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.
- 15) Los servicios de hospitalización parcial en consulta externa incluyen atención hospitalaria intensiva a corto plazo en consulta externa. Para los servicios de hospitalización parcial en consulta externa, un episodio de atención médica comienza en la fecha en que el paciente es admitido en el Programa de hospitalización parcial y finaliza en la fecha en que el paciente es dado de alta o abandona el Programa de hospitalización parcial. Todos los servicios recibidos entre estas dos fechas constituirían un episodio de atención médica. Si el paciente necesita ser readmitido en una fecha posterior, esto constituiría otro episodio de atención médica.
- 16) El tratamiento para trastornos de la conducta para el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo está cubierto en virtud de los servicios ambulatorios para la salud mental/trastornos de la conducta.
- 17) Para medicamentos para tratar una enfermedad o condición, se aplica el copago o coseguro correspondiente al suministro de la receta médica por hasta 30 días. Por ejemplo, si la receta es para un suministro para un mes, puede cobrarse un solo copago o coseguro. Nada de lo incluido en esta nota impide que un emisor ofrezca los medicamentos recetados pedidos por correo a un costo compartido reducido.
- 18) A continuación se definen los niveles de medicamentos:

Nivel	Definición
1	1) La mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo.
2	1) Medicamentos genéricos no preferidos;
	2) Medicamentos de marca preferidos; y
	3) Cualquier otro medicamento recomendado por el comité de farmacéutica y terapéutica (<i>pharmaceutical and therapeutics</i> , P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.
3	1) Medicamentos de marca no preferidos; o
	2) Medicamentos recomendados por el comité de P&T en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento; o
	3) Que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y a menudo menos costosa en un nivel más bajo.
4	1) Medicamentos que sean productos biológicos y medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration</i> , FDA) o el fabricante del medicamento exijan que se distribuyan a través de farmacias de especialidad;
	2) Medicamentos que requieran que la persona inscrita cuente con capacitación especial o monitoreo clínico;
	3) Medicamentos que le cuesten al plan de salud (netos de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro para un mes.

*Algunos medicamentos pueden estar sujetos a un costo compartido de cero conforme a las reglas de atención médica preventiva.

- 19) Los emisores deben cumplir con el Título 45 del Código de Reglamentaciones Federales, Sección 156.122(d), con fecha 27 de febrero de 2015, que exige que el plan de salud publique una lista actualizada, precisa y completa de todos los medicamentos cubiertos en su lista del formulario, incluida la estructura de niveles que se adopte.

- 20) El formulario de un plan debe incluir una descripción clara por escrito del proceso de excepción que una persona inscrita podría utilizar para obtener la cobertura de un medicamento que no esté incluido en el formulario del plan.
- 21) La parte de los costos que pagará el Miembro por los medicamentos orales contra el cáncer no superará los \$200 por una receta para un máximo de 30 días, de conformidad con la ley estatal (Sección §1397.656 del Código de Salud y Seguridad, Sección §10123.206 del Código de Seguros).
- 22) Si un proveedor autoriza un medicamento de marca que el plan no considera necesario desde el punto de vista médico, el Miembro tiene la opción de aceptar un equivalente genérico alternativo, o el Miembro deberá pagar la diferencia del costo para L.A. Care del equivalente de marca.
- 23) Para todos los medicamentos para dejar el tabaco aprobados por la FDA, no puede imponerse ningún límite en la cantidad de días de tratamiento (ya sea solos o en combinación) durante el año del plan.
- 24) No se debe pagar ningún copago ni coseguro por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos. No obstante, si se solicita un medicamento anticonceptivo de marca cuando se dispone de un equivalente genérico, el Miembro deberá pagar la diferencia del costo para L.A. Care del equivalente de marca. Además, para estar cubiertos sin copago ni coseguro, es posible que se necesite autorización previa para determinados anticonceptivos.
- 25) La categoría Otros profesionales puede incluir enfermeras con práctica médica, enfermeras parteras certificadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos clínicos, terapeutas del habla y del lenguaje, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas matrimoniales y familiares, terapeutas especialistas en análisis del comportamiento aplicado, acupunturistas, dietistas titulados y otros asesores nutricionales. Nada de lo detallado en esta nota impide que un plan utilice otra categoría de beneficios comparable que no sea la categoría de especialista para un servicio proporcionado por uno de estos profesionales. Los servicios proporcionados por especialistas para el tratamiento de la salud mental o de un trastorno de consumo de sustancias se categorizarán como servicios ambulatorios para la salud mental/trastornos de la conducta o trastornos de consumo de sustancias.
- 26) Los especialistas incluyen médicos con una de las siguientes especialidades: alergia, anestesiología, dermatología, cardiología y otros especialistas en medicina interna, neonatología, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, patología, psiquiatría, radiología, cualquier especialidad quirúrgica, otorrinolaringología, urología y otras especialidades designadas según corresponda.
- 27) Esto incluye marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera.
- 28) Examen de la vista de rutina, marcos y lentes disponibles una vez por año calendario. Los lentes incluyen monofocales, bifocales con línea o lenticulares, de policarbonato, de plástico o de vidrio, que están cubiertos totalmente; la protección contra rayos UV y rayones está cubierta totalmente. Los marcos de una Colección de intercambio pediátrico están cubiertos totalmente. Los lentes de contacto en reemplazo de anteojos están cubiertos totalmente. Un par estándar por año. Mensuales (suministro para 6 meses), bisemanales (suministro para 3 meses) y diarios (suministro para 1 mes). Las limitaciones incluyen lo siguiente: dos pares de vidrio en lugar de bifocales; reemplazo de lentes, marcos o lentes de contacto; tratamiento médico o quirúrgico; tratamiento ortóptico; entrenamiento visual o pruebas suplementarias. Artículos no cubiertos por la cobertura de lentes de contacto: pólizas de seguro o acuerdos de servicio, lentes con pintura artística o sin receta, visitas adicionales al consultorio para patología de lentes de contacto y modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto. Descuento para corrección de la vista con láser: 15% del precio regular o 5% del precio promocional; los descuentos están disponibles únicamente a través de instalaciones contratadas.
- 29) Según corresponda, para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios dentales para niños, un emisor puede elegir el diseño del copago o coseguro de beneficios estándares dentales para niños, independientemente de que el emisor seleccione el diseño con copago o coseguro para la parte no dental del diseño de beneficios. En el Plan para gastos excedentes, debe aplicarse el deducible para los beneficios dentales no preventivos para niños.
- 30) Un diseño de beneficios de un plan de salud que use el diseño de beneficios con copago estándar debe apegarse al calendario de copagos dentales de 2019 de Covered California.
- 31) El costo compartido del miembro para los servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se aplica al curso del tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro del curso de un tratamiento de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al curso del tratamiento siempre y cuando el miembro permanezca inscrito en el plan.



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

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

Índice

Servicio al cliente	6	Copagos de farmacia	17
Bienvenido	6	Servicios de atención médica de emergencia y urgencia	18
¿Qué es esta publicación?	6	Servicios no calificados	19
Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación	6	Continuidad de la atención médica	19
¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?	6		
Privacidad de la información médica	7	Quejas y apelaciones	21
Tarjeta de identificación para miembro	8	Proceso de quejas de L.A. Care	21
Lista y directorio de proveedores	8	Cómo presentar una queja	21
Servicios de traducción y recursos para personas con discapacidades	8	Cómo presentar una queja por casos urgentes	22
Área de servicio	10	Revisión Médica Independiente	22
		Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada	23
Acceso oportuno a la atención médica	11	Elegibilidad e inscripción	23
Información útil en Internet en: lacare.org/es	11	Periodo de inscripción abierta	24
		Inscripción especial	24
Declaración de derechos de los miembros	12		
Derechos de los miembros	12	Responsabilidades de pago	26
Responsabilidades de los miembros	12	¿Qué son las primas (cuotas prepagadas)?	26
		Primas mensuales	26
Cómo obtener atención médica	13	¿Qué son los copagos (otros cargos)?	26
Médico de atención primaria (PCP)	13	Costos compartidos	26
¿Cuál es la diferencia entre una Persona Inscrita y un Dependiente Inscrito?	13	El deducible anual	27
Cómo programar una cita	13	Máximo anual de gastos de bolsillo	28
Cómo cambiar de PCP	14	Máximo de beneficios de por vida del miembro	28
Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care	14	Obligaciones de los miembros	28
Evaluación de la salud	14	Solicitud de cancelación mediante notificación por escrito	28
Segundas opiniones	16	Notificación de cancelación por escrito	29
Cómo encontrar una farmacia	16		



Beneficios del plan	31	Información general	51
Servicios de acupuntura	31	Participación en el programa de beneficios	51
Cirugía bariátrica	31	Notificaciones	51
Servicios para el cáncer.....	31	Cómo se le paga a un proveedor.....	51
Servicios para trastornos por consumo de sustancias....	32	Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura	51
Cuidados para la diabetes	33	Contratistas independientes	51
Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico.....	33	Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC).....	52
Cuidados de diálisis.....	33	Coordinación de beneficios.....	52
Equipo médico duradero (DME)	34	Responsabilidad de terceros.....	52
Servicios de atención médica de emergencia.....	34	Participación en las políticas públicas	52
Servicios de educación de la salud	35	Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC).....	52
Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	36	Aviso de prácticas de información	52
Cuidados de maternidad	38	Ley aplicable	52
Terapia nutricional médica (MNT).....	39	Nuevas tecnologías.....	53
Transporte médico	39	Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones.....	53
Atención de salud mental.....	40	Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros	53
Servicios pediátricos	42	Indivisibilidad del acuerdo	53
Cuidado prenatal	42		
Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios	42	Definiciones.....	54
Servicios de atención médica preventiva	44		
Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios	45	Números de teléfono importantes	60
Dispositivos protésicos y ortopédicos	45		
Servicios de transgénero	46	Mapa de áreas de servicio	61
Cirugía reconstructiva.....	46		
Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos.....	46		
Trasplantes.....	46		
Servicios para los Niños de California (CCS)	47		
Exclusiones y limitaciones	47		

Servicio al cliente

¡Le damos la bienvenida!

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 salud de atención administrada, independiente y público, certificado por el 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 de 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 principal en 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 (*Primary Care Physician*, PCP) 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.º 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 de Cancelación.

Sección de renovación

Si usted cumple con todos los términos de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, le ofreceremos renovarlo a partir del 1.º de enero de 2017. Le enviaremos un nuevo acuerdo o 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 de 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 Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (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 con L.A. Care o visitar nuestras oficinas si tiene preguntas específicas sobre los servicios y planes de beneficios de L.A. Care *Covered*SM. 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/es

Al inscribirse y aceptar los servicios de salud brindados por L.A. Care *Covered*[™], las Personas Inscritas se comprometen a respetar todos los términos y 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. 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 acerca de 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. Ellos siguen las pautas de L.A. Care. Además, firman un acuerdo en el que se comprometen a 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
- género
- 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
- historial médico

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

- usted
- Covered California[™]
- 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 compartir su información según lo permitido por 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, quiere saber más acerca de su información médica o desea 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 para miembro

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. Entregue la tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital u otro proveedor cuando necesite atención médica.

[Muestra en borrador] Frente

Member Services: 1-855-270-2327 (TTY 711)	
Mental Health: 1-877-344-2858 (TTY 1-800-735-2929)	
Providers can call for:	
* Pre-authorizations: <placeholder phone> Pharmacy info: 1-844-268-9787 *Pre-authorization is required for all non-emergent hospital admissions.	
Nurse Advice Line 1-800-249-3619 (TTY 711). If you think you have a medical or psychiatric emergency, call 911 or go to the nearest hospital. <i>This card is for identification purposes only, and does not constitute proof of eligibility.</i>	Submit Medical Claims to: <placeholder name> <placeholder name> <placeholder address> <placeholder address>
lacare.org	

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

Para comprender mejor la información incluida en su tarjeta de identificación, visite www.lacare.org/members/lacare-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/es. Puede buscar proveedores por área, especialidad, idiomas que hablan, accesibilidad y otras características. También puede solicitar un directorio de proveedores llamando a 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 a su futuro médico, grupo médico, asociación de médicos independientes o clínica, o llame a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711) para asegurarse de que pueda recibir los servicios de atención médica que usted necesita.

Servicios de traducción y recursos para personas con discapacidades

L.A. Care puede preguntarle sobre su preferencia de idioma, el formato de la comunicación escrita, así como la información de raza u origen étnico para ayudarle a acceder a los servicios que satisfagan sus necesidades y recibir una mejor atención.

La información se utilizará para proporcionar materiales escritos en su idioma y formato preferidos, así como servicios de interpretación gratuitos, incluido el lenguaje de señas americano, para su cita 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 de los miembros individuales 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

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.

Español: 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.

Chino: 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。

Vietnamita: 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.

Tagalo: 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.

Coreano: 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 7일, 하루 24시간 동안 L.A. Care, **1.855.270.2327** (TTY 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Armenio: Տրամադրուելի են լեզվական օգնություն 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:

Persa:

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 شبانهروز و 7 روز هفته شامل روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Ruso: 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.

Japonés: 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。

Árabe:

بلط لکن کم ی ان اجم عحاتم ةیوعغلل ا تدعاسملا تامدخ ةیریرحتلا قمجرتلا وأ ةیروفلا قمجرتلا تامدخ تادعاسم وأ رخأ قیسن تب وأ کتغلب تامول عم وأ مقرلا یلع L.A. Care لب لصتا .ةیفاضل تامدخو امی ل او طو ةعاسل ل ادم یلع (TTY 711) **1.855.270.2327** ةین اجم ةملا کملا .تالطعل امی اکلذ یف امب ،عوبسأل

Panyabí: ਪੰਜਾਬੀ: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆਂ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਸਿ ਹੋਰ ਫੋਰਮੈਟ ਵਿਚ, 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 ਵਿਚ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿਚ 7 ਦਿਨ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਸਮੇਤ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

Jemer: សេវាជំនួយខាងភាសា គឺមានដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬការបកប្រែ ស្នើសុំព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំនងមួយទៀត ឬជំនួយជ្រោមជ្រែង និងសេវា។ ទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care តាមលេខ **1.855.270.2327** (TTY 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបណ្តុះផង។ 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 hnub, 7 hnub hauv ib vij thiab suab nrog cov hnub 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, दनि में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दनि, छुट्टियों सहति। कॉल मुफ्त है।

Tailandés: มีบริการช่วยเหลือภาษาฟรี คุณสามารถขอรับบริการการแปลหรือล่าม ข้อมูลในภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่น หรือความช่วยเหลือและบริการเสริมต่าง ๆ ได้ โทร L.A. Care ที่ **1.855.270.2327** (TTY 711) ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์รวมทั้งวันหยุด โทรฟรี

Laosiano: ພາສາອັງກິດ ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ າໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການນາຍພາສາ ຫຼື ແປພາສາໄດ້, ສໍາລັບຂໍ້ມູນໃນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ, ຫຼື ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການເສີມ. ໃຫ້ໂທຫາ L.A. Care ໄດ້ທີ່ **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ, ວອມເຖິງວັນພັກຕ່າງໆ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Servicios de interpretación sin costo

Al recibir servicios de atención médica, usted tiene derecho a los servicios de interpretación sin costo. 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 haya un intérprete profesional presente en su cita médica, 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.

Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)** si necesita servicios de interpretación. 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
- fecha y horario de su cita
- nombre del médico
- dirección y número de teléfono del médico

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

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. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711)** si no recibe los servicios que necesita o si le resulta difícil obtenerlos.

Recuerde: informe al consultorio de su 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 los servicios debido a una discapacidad o a que no habla inglés.
- No puede obtener un intérprete.
- Tiene una queja sobre el intérprete.
- No puede conseguir información en su idioma o formato.
- No se cumplen 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™ 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™ finalizará conforme a lo exigido por Covered California™.

Viajes fuera del condado de Los Ángeles

Como miembro de L.A. Care Covered™, 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 (incluso fuera de los 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 del médico, clínica u hospital) incluso cuando viaja fuera de California o los Estados Unidos. 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 de sus médicos, L.A. Care tiene derecho a trasladarle a un hospital de la red en cuanto usted esté 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 la atención médica

La ley de California exige que los planes de salud ofrezcan el acceso oportuno a la atención médica. Esto significa que hay límites sobre cuánto tiempo tiene que esperar para obtener citas de atención médica y consejos telefónicos.

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

Tiempo de espera para obtener una cita

Los miembros del plan de salud tienen derecho a citas dentro de los siguientes plazos:

Citas de urgencia	Tiempo de espera
Para servicios que no requieren aprobación previa	48 horas
Para servicios que requieren aprobación 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 servicios de salud mental (que no es médico)	10 días hábiles
Cita para otros servicios para diagnosticar o tratar una condición de salud	15 días hábiles

Tiempos de espera telefónicos

- Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hablar con un profesional de la salud calificado para decidir si su problema de salud es urgente. Si alguien necesita devolverle la llamada, deben llamarlo en un lapso de 30 minutos. Busque el número de teléfono en su tarjeta de identificación.
- Si llama al número de teléfono del servicio de atención al cliente de su plan, alguien debe contestar el teléfono en un lapso de 10 minutos durante el horario laboral normal.

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 realice antes.
- 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 ayudarlo a conseguir una cita con un proveedor adecuado.

Comuníquese con la Línea de Enfermería de L.A. Care llamando al **1.800.249.3619** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder telefónicamente a los servicios de pruebas de detección o diagnóstico.

Información útil en Internet: lacare.org/es.

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

- buscar un médico
- solicitar un cambio de médico
- obtener información 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 con 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 para entrar al sitio de L.A. Care Connect. (Tenga a mano su tarjeta de identificación para miembro, ya que le pediremos su número de identificación de miembro). Usted puede acceder a su cuenta de L.A. Care Connect visitando lacare.org/es y haciendo lo siguiente:

- Haga clic en **Member Sign in** (Registro para miembros).
- Haga clic en **Eligibility** (Elegibilidad) para comprobar la elegibilidad.
- Haga clic en **Change My Doctor** (Cambiar mi médico) para cambiar su médico.

Declaración de derechos de los miembros

Como miembro de L.A. Care, usted tiene derecho a:

Un trato respetuoso y cortés. 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 fuercen 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.

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 y a solicitar correcciones a su expediente médico. 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 usted 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 (médico) 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 en un tiempo razonable. Tiene derecho a hablar con su médico acerca de cualquier tratamiento que su médico le brinde o recomiende. Tiene derecho a una segunda opinión. Tiene derecho a recibir información sobre el tratamiento, sin importar el costo o cuáles sean sus beneficios. Tiene derecho a decir “no” al 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 esperar no 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 inquietudes. 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, de urgencia o servicios en ciertas instalaciones fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite. Usted tiene derecho a pagar no más que el

mismo costo compartido que pagaría por la misma cobertura de servicios recibidos dentro de la red de proveedores de L.A. Care.

Servicio e información en su 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.

Conozca 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 con respeto y cortesía. 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 puntualmente a sus consultas o de llamar al consultorio de su médico por lo menos 24 horas antes de la consulta para cancelarla o reprogramarla.

Dar información correcta, completa y actualizada. Tiene la responsabilidad de dar información correcta a todos sus proveedores. Tiene la responsabilidad 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 más pronto 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 y acordar objetivos, de hacer todo lo posible para comprender sus problemas de salud y de seguir el tratamiento que ambos acuerden.

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**.

Informar acerca de delitos. Usted tiene la responsabilidad de denunciar los casos de fraude en la atención médica o cualquier otro acto indebido a L.A. Care. Puede informar sin dar 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 (*Primary Care Physician*, PCP). El nombre y número de teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care. A excepción de los servicios de emergencia, su PCP coordinará todas sus necesidades médicas, lo referirá a los especialistas y hará los arreglos necesarios con el hospital.

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 después de que Covered California™ 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: llamar a su PCP

Paso 2: explicar por qué llamó

Paso 3: pedir una cita

El personal 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/es.

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 esté cerrado (después del horario de atención habitual, los fines de semana o los días festivos), 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(a) 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 festivos.

Si no puede asistir a su cita, debe llamar con la mayor antelación posible para que la clínica o el consultorio médico lo sepa. Puede programar otra cita en ese momento. El tiempo de espera para una cita puede extenderse si el proveedor determina que un periodo 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 de pruebas de detección o diagnóstico por teléfono las 24 horas del día, los

7 días de la semana. El tiempo de espera para los servicios telefónicos de pruebas de detección o diagnóstico no deberán superar 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 a su PCP

Cada miembro de su hogar inscrito en L.A. Care Covered™ puede seleccionar un PCP diferente. Al inscribirse, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para seleccionar 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 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 a 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/es** y haga 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

Estamos orgullosos de nuestros médicos y de su formación profesional. Si tiene preguntas sobre las certificaciones profesionales de nuestros médicos o especialistas, llame a

L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711). 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™, es importante que sepamos cómo podemos ayudarle. Su Paquete de bienvenida contiene un formulario denominado Evaluación de la salud (*Health Appraisal*, 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™. Los adultos que completen satisfactoriamente su HA dentro de 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/es**. Si necesita más información sobre cómo completar la HA, llame a 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™. 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 para miembro de L.A. Care.

Esta primera visita es importante. Su PCP revisa su historial médico, examina su estado de salud actual y puede comenzar cualquier nuevo tratamiento que usted pudiera necesitar. Usted y su PCP también hablarán sobre la atención médica preventiva. Esta es la atención médica que le 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 médicos de obstetricia y ginecología (OB/GYN)

Las Miembros de sexo femenino pueden recibir servicios de obstetricia y ginecología (*obstetrical/gynecological*, OB/GYN) a través de un obstetra o 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 o 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 reproductor 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 o 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 a Servicios para los Miembros al número de teléfono indicado en su tarjeta de identificación para miembro, para confirmar que el obstetra o ginecólogo pertenezca al PPG. Los servicios médicos de obstetras o 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. A esto se le llama autorización previa. La autorización previa es necesaria para algunos proveedores dentro de la red y todos fuera de la red.

Existen diferentes tipos de solicitudes de referencia con diferentes plazos:

- referencia de rutina o regular: 5 días hábiles
- referencia urgente: 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.

Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

- Servicios de emergencia (consulte la sección “*Servicios de atención 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 médica 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 a 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 para trastornos por consumo de sustancias requieren autorización previa, incluidos los beneficios que se detallan a continuación:

- Programa Residencial para Crisis
- servicios para la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados

- servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados
- servicios profesionales (médicos) para pacientes hospitalizados
- servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- hospitalización parcial ambulatoria
- pruebas psicológicas
- observación psiquiátrica
- tratamiento diurno para trastornos por consumo de sustancias
- programas de tratamiento intensivo ambulatorio para trastornos por consumo de sustancias
- programas de tratamiento intensivo ambulatorio para la salud mental
- tratamiento médico de la abstinencia para trastornos por consumo de sustancias
- tratamiento para los trastornos de la conducta para trastorno del espectro autista (incluye síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo)
- estimulación magnética transcraneal ambulatoria
- terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy*, ECT)

No se necesita autorización previa para los siguientes servicios de la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias:

- servicios de salas de emergencias
- terapia individual
- terapia grupal
- evaluación de diagnóstico
- administración de medicamentos ambulatoria
- terapia de sustitución de opioides
- atención médica de salud mental y consumo de sustancias ambulatorios
- intervención de crisis

Para obtener más información sobre los servicios para los que no se necesita autorización previa y sobre el proceso general para obtener la autorización previa para todos los demás servicios de la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias, llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD.

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 cardiacos. 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 para trastornos por consumo de sustancias. Su PCP le ofrecerá ciertos servicios para los trastornos de la conducta dentro de los límites de su preparación y experiencia. Cuando necesite servicios para trastornos de la conducta que excedan los límites de la preparación y experiencia de su PCP, se le derivará a especialistas en trastornos de la conducta. Su PCP o usted pueden llamar a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD para pedir una cita. Para la mayoría de los servicios ambulatorios para trastornos de la conducta no se necesita autorización previa.

Referencias a proveedores que no son 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 lo deje incapacitado, como el VIH/SIDA. De ser así, quizás necesite visitar a un especialista o un profesional de la salud calificado por un periodo prolongado. Entonces, es posible que su PCP le sugiera, o usted puede solicitar, lo que se conoce como 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 plan de tratamiento 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 para comunicarles que le gustaría ver a otro médico y el motivo.

Paso 2: Su PCP o L.A. Care le referirá 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/es** para encontrar una farmacia de la red de L.A. Care en su vecindario. Haga clic en todas estas opciones:

- **For Members** (Para miembros)
- **Pharmacy Services** (Servicios de farmacia)
- **Busque ahora en la sección Find a Pharmacy** (Encuentre una farmacia)

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

Algunos medicamentos están sujetos a una distribución limitada por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*) de los Estados Unidos o requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación especial que no se puede proporcionar en su farmacia local. Los agentes antineoplásicos y biológicos son ejemplos de dichos medicamentos especializados y se identifican en el Formulario con un código especial de disponibilidad en farmacia especializada (*Specialty Pharmacy Availability*, SP), farmacia especializada obligatoria (*Mandatory Specialty Pharmacy*, MSP), farmacia especializada Lumicera obligatoria (*Mandatory Lumicera Specialty Pharmacy*, LMSP) o farmacia especializada Kroger (*Kroger Specialty Pharmacy*, KMSP). Puede consultar el Formulario visitando el sitio web de L.A. Care **lacare.org/es** para obtener información sobre si se debe surtir un medicamento en una farmacia especializada. Haga clic en todas estas opciones:

- **For Members** (Para miembros)
- **Pharmacy Services** (Servicios de farmacia)

- **L.A. Care Covered™ Formulary** (Formulario de L.A. Covered) en la sección **Resources** (Recursos)

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

Farmacia de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo le permite obtener un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que pueden ser necesarios para una condición de salud a largo plazo, como la presión arterial alta o 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 de Kroger llamando al **1.800.552.6694** (TTY 711) o visite el sitio web de L.A. Care, **lacare.org/es**. Haga clic en todas estas opciones:

- **For Members** (Para miembros)
- **Pharmacy Services** (Servicios de farmacia)
- **Kroger Mail Order Pharmacy Forms** (Formularios de farmacia de pedidos por correo de Kroger)

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 opcional y gratuito 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 que no figuran en el Formulario*. El Formulario es revisado y aprobado por un comité de médicos y farmacéuticos de 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/es**, y

- Haga clic en **For Members** (Para miembros).
- Haga clic en **L.A. Care Covered™** en la sección de **Member Materials** (Materiales para miembros).

También puede llamar a Servicios para los Miembros de L.A. Care 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 y lancetas.
- EpiPen y Ana-kit.
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores.
- Anticonceptivos de emergencia: Puede obtener anticonceptivos de emergencia a través de su médico o farmacia con una receta de su médico sin costo alguno para usted. 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.
- El estado de California aprobó la Ley de Farmacia AB 1048, Arambula. Atención médica: manejo del dolor y recetas de medicamentos de la Lista II. A partir del 1.º de julio de 2018, la ley autorizaría a un farmacéutico a surtir una sustancia controlada de la Lista II como un surtido parcial si lo solicita el paciente o la persona que receta el medicamento. La ley exigiría que la farmacia retenga la receta médica original, con una anotación de la cantidad de la receta médica que se surtió, la fecha y la cantidad de cada receta médica parcial y las iniciales del farmacéutico que surtió cada receta médica parcial, hasta que la receta médica haya sido totalmente surtida. La factura autorizaría a un farmacéutico a cobrar una tarifa de surtido profesional para cubrir los costos reales de suministro y mano de obra asociados con el otorgamiento de cada surtido parcial asociado con la receta médica original.

Al surtir una receta médica puede obtener un surtido parcial. Solo se le puede cobrar un copago completo por la receta médica completa. Si se le ha cobrado dos veces (una

por el surtido parcial y nuevamente por el surtido completo), comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para recibir información sobre la obtención del reembolso por el copago en exceso.

- Es posible que se le solicite que proporcione copias de los recibos de la farmacia que muestren el pago de varios copagos por la receta médica.

Medicamentos que no figuran 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 antes de surtir la receta médica. Para decidir si se cubrirá el medicamento que no figura en el formulario, L.A. Care podrá solicitar más información al médico o farmacéutico. L.A. Care le responderá al médico o farmacéutico dentro de un plazo de 24 horas para solicitudes urgentes o 72 horas para solicitudes estándar después de recibir la información médica solicitada. Existen circunstancias urgentes cuando una condición de salud puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima o al someterse a un curso de tratamiento actual con un medicamento que no figura en el formulario.

El médico o farmacéutico le informará si se aprobó el medicamento. 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 se deniega el medicamento que no figura en el formulario, 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 el L.A. Care no cubra el medicamento.

Límites de cantidad: por su seguridad, L.A. Care puede limitar la cantidad de algunos medicamentos que puede obtener por receta médica, o limitar el número de veces que puede volver a surtir algunos medicamentos. Si su médico u otro profesional que receta cree que la cantidad limitada no es suficiente para su condición médica, se puede solicitar una excepción a la regla de límites de cantidad.

Terapia de pasos: algunos medicamentos tienen una regla especial llamada terapia de pasos. Esto significa que primero debe probar otro medicamento en el formulario antes de que se cubra el medicamento recetado. Si su médico u otro profesional que receta cree que el primer medicamento no funciona para usted, se puede solicitar una excepción a la regla de terapia de pasos.

Excepciones a la cobertura: su médico u otra persona que receta puede enviar las solicitudes para hacer una excepción a los límites de cantidad, a la regla de la terapia de pasos o para la cobertura de un medicamento que no figura en el formulario en forma de una autorización previa. Se puede tomar una decisión para aprobar o rechazar la solicitud de excepción en un lapso de 24 horas si la solicitud es urgente o en un lapso de 72 horas si la solicitud no es urgente. Si no está satisfecho con la decisión de excepción a la cobertura, tiene derecho a apelar la decisión ante el L.A. Care Health Plan o presentar una queja formal ante 3 revisores diferentes: 1) L.A. Care Health Plan, 2) un revisor externo y 3) un revisor médico independiente en el Departamento de Atención 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. Llamar a su 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. Solicitar hablar con su 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. Explicarles cuál es su condición y seguir 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 requiere diagnóstico y tratamiento inmediato

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- problemas respiratorios
- convulsiones
- hemorragia abundante
- pérdida del conocimiento o desmayos (la persona no despierta)
- dolor intenso (incluido dolor en el pecho)
- ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- fracturas
- lesión 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 con la Línea de Enfermería de L.A. Care llamando al **1.800.249.3619** para acceder a servicios de pruebas de detección, 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 haya sido tratada en un hospital y ya no exista una emergencia porque su condición se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento quiera que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos después de que una condición de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posteriores a la estabilización”.

Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (“hospital no participante”), el hospital no participante 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 riesgo 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 se le puede trasladar 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 de atención posterior a la estabilización que se le 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 servicios de atención posteriores a la estabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando 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

La continuidad de la atención médica de un proveedor terminado

Los miembros que reciben tratamiento por afecciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedad terminal; o niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o quienes hayan recibido la autorización de un proveedor que ya haya finalizado su cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado pueden solicitar la finalización de la atención médica en ciertas situaciones con un proveedor que abandona la red de proveedores de L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™.

Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y la asistencia para solicitar la continuidad de la atención médica de un proveedor terminado.

Es posible que deba hacer un copago, tener un deducible u otros costos compartidos durante el periodo de finalización de la atención médica con un proveedor que ya no tiene contrato con L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™. Continuidad de la atención médica para nuevos miembros por parte de proveedores no contratados: Los miembros recién cubiertos que reciben tratamiento por afecciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedad terminal; o niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o quienes hayan recibido la autorización de un proveedor por su cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado; o si la cobertura anterior fue cancelada por un plan bajo ciertas circunstancias, o si se retiró del mercado cualquier cobertura anterior pueden solicitar la finalización de la atención médica en ciertas situaciones con un proveedor no participante quien estaba brindando servicios al miembro en el momento en que la cobertura de L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™ entró en vigencia. Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711) para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y la asistencia para solicitar la continuidad de la atención médica de un proveedor no participante.

Es posible que deba hacer un copago, tener un deducible u otros costos compartidos durante el periodo de finalización de la atención médica con un proveedor que no tiene contrato con L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™.

Quejas y apelaciones

Quejas y apelaciones de L.A. Care ¿Qué debo 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 médico de atención primaria (*Primary Care Physician*, 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 se puede hacer en forma escrita o verbal. Usted tiene derecho a presentar una queja.

Debe presentar su queja dentro de los 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/es.
- 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 (como 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/es

- Complete un formulario de queja en el consultorio de su médico.

L.A. Care puede ayudarle a llenar 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 Servicios para los Miembros 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, dentro de los 30 días consecutivos posteriores a la recepción de su queja, L.A. Care le enviará una carta en la que le explicaremos cómo se resolvió 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 (*Department of Managed Health Care*, 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 un plazo de 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 el derecho de 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 de autorización previa de un medicamento recetado

Si no está de acuerdo con el resultado de una decisión de excepción a la cobertura, usted, un representante o su proveedor tienen derecho a apelar la decisión. Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que un revisor externo vuelva a evaluar la solicitud de excepción a la cobertura a través de una *organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO)*. Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) vuelva a evaluar la decisión de excepción a la cobertura a través de una *Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR)*. Consulte la sección *Revisión Médica Independiente*. Recibirá información sobre cómo presentar una apelación, revisión externa o 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 cómo solicitar una IMR y se adjuntará a la carta de resolución de quejas una copia del formulario de solicitud de IMR o sobre dirigido al DMHC. Puede comunicarse con el DMHC llamando a la línea gratuita al **1.888.HMO.2219** o **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 con 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, o
- 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 periodo 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 con el 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 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 con el 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 periodo 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 DMHC **1.877.688.9891** para comunicarse con el Departamento.

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 figuran en “*Cómo presentar una queja*” si usted es un Miembro que tiene sordera o problemas de audición. 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™, usted y sus dependientes deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, según lo determinado por Covered California™, incluidos los detallados a continuación:

- ser residente legal de California
- vivir en el condado de Los Ángeles

Cobertura del dependiente

Un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura para dependientes finalizará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente no será elegible.

Un hijo dependiente inscrito de 26 años o más puede permanecer en su plan de L.A. Care Covered™. Siempre que él o ella cumpla con los dos criterios siguientes, L.A. Care no cancelará la cobertura de su dependiente:

1. Su hijo es incapaz de un empleo autosuficiente debido a una lesión, enfermedad o condición física o mentalmente incapacitante.
2. Su hijo depende principalmente del suscriptor para soporte y manutención.

Elegibilidad para créditos fiscales y reducciones en los costos compartidos

Covered California™ utilizará una sola solicitud para determinar su elegibilidad y la inscripción en este Plan de L.A. Care Covered™ y para evaluar si reúne los requisitos para recibir una asistencia financiera que pueda reducir el costo de su seguro médico. Hay dos nuevos tipos de programas disponibles a partir de 2014. 1) Créditos fiscales: reducirán el costo de su prima mensual; y 2) Reducciones en los costos compartidos: reducirán sus gastos de bolsillo. Estos programas están disponibles para las personas y familias que cumplan con determinados requisitos en cuanto a sus ingresos y que no tengan acceso a otro seguro accesible. Comuníquese

con Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY **711**) o con Covered California™ al **1.888.975.1142** (TTY **1.888.889.4500**) para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad para estos programas.

Reglas especiales para los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska

Conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*), es posible que los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (*American Indians and Alaskan Natives*, AI/AN) puedan participar en los planes de beneficios sin costos compartidos para los beneficios de salud esenciales si Covered California™ determina que cumplen con los requisitos para poder recibir este beneficio.

Los miembros AI/AN elegibles con ingresos superiores al 300 % del índice de pobreza federal (*federal poverty level*, FPL) podrán participar en lo que se denomina un plan con costos compartidos limitados, donde no deberán pagar un costo compartido por los beneficios de salud esenciales si un proveedor participante brinda los servicios y ese proveedor participante también es proveedor del Servicio de Salud Indígena, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana, o se realiza una referencia en virtud de servicios de salud contratados.

Los miembros AI/AN con ingresos inferiores al 300 % del FPL podrán participar en lo que se denomina un plan sin costos compartidos, donde no deberán pagar un costo compartido por los beneficios de salud esenciales si un proveedor participante brinda los servicios o si los servicios son proporcionados por el Servicio Indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana. Para poder recibir este beneficio, debe proporcionar la documentación apropiada a Covered California™. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY **711**) o a Covered California™ al **1.888.975.1142** (TTY **1.888.889.4500**) si desea recibir más información acerca de este programa.

Covered California™ tomará todas las determinaciones de elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud y los niveles de subsidio, lo que incluye los créditos fiscales anticipados para las primas y los subsidios para costos compartidos. L.A. Care procesará cualquier cambio en la elegibilidad de un Miembro, lo que incluye la cancelación de la cobertura, cambios en el plan y modificación del nivel de subsidio, únicamente luego de la confirmación de Covered California™.

Le pedimos que informe a Covered California™ todos los cambios en los niveles de ingresos, los cambios en el tamaño de su familia, los cambios de dirección, los cambios en el estado de ciudadanía y residencia legal, los cambios que hagan que comience a recibir o deje de recibir un seguro médico patrocinado por un empleador, así como cualquier otro cambio demográfico, llamando al **1.800.300.1506** (TTY/TDD **1.888.889.4500**). Estos cambios ayudarán a redeterminar su elegibilidad y la cantidad de subsidio o asistencia con las primas que tiene derecho a recibir.

Periodo de inscripción abierta

El periodo de inscripción abierta para nuestros Miembros de Planes de Salud Calificados (*Qualified Health Plans*, QHP) comienza el 1.º de noviembre de 2017 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del año calendario siguiente. Los periodos de inscripción abierta están sujetos a cambios anualmente según las pautas federales y estatales. Durante este periodo, 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 de Covered California™. Para ello, usted puede ingresar en **www.coveredca.com**, llamar a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500**) o comunicarse con la Unidad de Inscripciones de L.A. Care Covered™ al **1.855.222.4239** (TTY **711**). Le notificaremos sobre el comienzo de su periodo de inscripción y las medidas que necesite tomar, si corresponde.

Cobertura de recién nacido

Un hijo recién nacido del suscriptor o su cónyuge se cubre automáticamente desde el momento del nacimiento hasta el día 30 de vida. Para que la cobertura continúe más allá de los 30 días de vida, debe inscribir al niño en el plazo de los 31 días posteriores al nacimiento al enviar una solicitud de inscripción a Covered California™ y pagar los cargos de suscripción aplicables. Si no inscribe al niño en el plazo de los 31 días posteriores al nacimiento, su hijo será elegible para inscribirse en un periodo de inscripción especial en un plazo de sesenta (60 días) a partir del 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 vida, según lo definido por Covered California™ conforme a las leyes, normas y reglamentaciones federales y estatales aplicables (45 C.F.R. § 155.420). Los eventos calificados de 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 obtiene dicha condición. Visite **www.coveredca.com** para obtener una lista de todos los eventos calificados de vida o llame a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500**).

También hay periodos de inscripción especial mensuales para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Comuníquese con nuestros Servicios de Asistencia para la Inscripción de L.A. Care Covered™ al **1.855.222.4239** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta sobre estos periodos de inscripción especial o sobre otros eventos calificados de vida. Para reunir los requisitos para el periodo de inscripción especial, debe solicitar la cobertura en un plazo de sesenta (60) días posteriores al evento calificado de vida.

Proceso de solicitud

Para solicitar la cobertura de L.A. Care Covered™, las personas pueden comunicarse con L.A. Care, Covered California™ o una de las muchas Entidades de Asistentes Certificados del condado de Los Ángeles (encontrará una lista completa en el sitio web de Covered California en www.coveredca.com). Las personas también pueden completar una solicitud electrónica en www.coveredca.com sin asistencia.

Fecha de inicio de la cobertura

Solamente Covered California™ puede aprobar las solicitudes y la fecha de entrada en vigor de la cobertura. El pago correspondiente a la prima inicial puede enviarse una vez que haya completado satisfactoriamente la solicitud, o bien, puede optar por esperar hasta recibir una factura de L.A. Care Health Plan. 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 primas después del mes inicial deben hacerse a nombre de L.A. Care Covered™ a la dirección que figura 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 en un plazo de sesenta (60) días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Todos los dependientes deben cumplir con los criterios de elegibilidad, según lo determinado por Covered California™, y deben contar con la aprobación de Covered California™ antes de que L.A. Care pueda comenzar a brindar cobertura. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711) o a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500**) si necesita más información.

Responsabilidades de pago

¿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.); 2) su edad y el lugar donde reside; 3) la cantidad de su crédito fiscal (la cantidad depende de su nivel de ingresos). Consulte la aprobación de su elegibilidad otorgada por Covered California™ o la factura de su prima de L.A. Care para ver la suma que debe pagar cada mes.

Una vez que esté inscrito en LA Care Covered™, recibirá una factura de prima mensual por correo. Si lo prefiere, puede cancelar su notificación de factura por correo electrónico, primero debe crear una cuenta de pago en línea y seleccionar la opción de facturación electrónica. Visite lacare.org/es 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.er) día del mes siguiente. Tiene 60 días a partir de la fecha en vigencia para enviar su primer pago. Si su primer pago de prima no se recibe en este momento, su pago se considerará vencido y se le enviará un aviso de cancelación.

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/es.

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. Haga el pago de su 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 2016, a menos que Covered California™ lo autorice debido a un cambio demográfico informado que pueda afectar su elegibilidad y la suma de la prima.

Importante: Si cambia de dirección, o si prefiere recibir la notificación de factura de su prima por correo electrónico, notifíquese de inmediato a L.A. Care llamando a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711) y a Covered California™ al **1.888.975.1142** (TTY **1.888.889.4500**).

¿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 médico de atención primaria (*Primary Care Physician, 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, pero no se limita a:

- vacunas
- controles 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 para pacientes ambulatorios, 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 de ingresar. Tenga en cuenta que este pago puede cubrir solo una parte del costo compartido total por los servicios cubiertos que recibe. 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 estaba programado que recibiera tratamiento para una condición existente, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos servicios. Si su proveedor descubre otro problema de salud durante la visita, es posible que le realice o indique 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 su visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si estaba programado para un examen de diagnóstico, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos 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 médica preventiva y recibe durante su visita servicios no preventivos que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si ingresa para un examen físico de mantenimiento

de rutina, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos servicios (es posible que el costo compartido sea “sin cargo”). 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 recibe servicios cubiertos de un centro de salud dentro de la red de proveedores de L.A. Care, pero los servicios cubiertos son proporcionados por un profesional de la salud individual fuera de nuestra red:
- Sus costos compartidos por los servicios cubiertos que reciba fuera de la red de proveedores de L.A. Care no superarán el costo compartido 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 anual de gastos de bolsillo

El máximo anual de gastos de bolsillo (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 Covered™ comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre. Consulte el “Resumen de beneficios” para conocer su “límite de gastos de bolsillo”.

Pagos que cuentan para el máximo

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

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 de por vida del miembro

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 subsección “*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 (*Qualified Health Plan*, 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 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).

Interrupción de los beneficios

La membresía de una Persona Inscrita en L.A. Care Covered™ 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 cancelación de la membresía a Covered California™.
- La Persona Inscrita solicita la transferencia a otro QHP.
- Covered California™ le notifica a L.A. Care que la Persona Inscrita ya no cumple con los requisitos de residencia legal en California.
- Covered California™ le notifica a L.A. Care que la Persona Inscrita ya no reúne los requisitos para participar en un plan de beneficios del QHP.
- Se cancela el contrato o el plan de salud de L.A. Care con Covered California™.
- La Persona Inscrita muere.

Solicitud de cancelación mediante notificación por escrito

L.A. Care puede solicitarle a Covered California™ que cancele la cobertura de la Persona Inscrita mediante una notificación escrita, 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 trate deshonestamente 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, comuníquese con 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 periodo 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 horario específicos 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 (*Department of Managed Health Care, DMHC*). La carta incluirá toda la información de contacto del DMHC.

Periodo de gracia por falta de pago de las primas para personas que reciben créditos fiscales anticipados

Si usted o un Dependiente Inscrito está recibiendo créditos fiscales anticipados para las primas para sufragar el costo de su prima mensual, pero no le paga a L.A. Care la parte de la prima mensual a cargo del Miembro antes de la fecha de vencimiento, L.A. Care le enviará una notificación de vencimiento donde se le informará que se cancelará su cobertura por falta de pago de la prima a partir del último día del primer (1.er) mes del periodo de gracia (“Periodo de Gracia”). La notificación le explicará que tiene un Periodo de Gracia de tres (3) meses para realizar la totalidad de sus pagos antes de la cancelación. El Periodo de Gracia de tres (3) meses se ofrece únicamente a las personas que están recibiendo créditos fiscales anticipados para las primas.

L.A. Care le proporcionará los servicios cubiertos únicamente durante el primer mes del Periodo de Gracia. Durante los meses dos (2) y tres (3) del Periodo de Gracia, su cobertura se suspenderá. Esto significa que L.A. Care no proporcionará cobertura para ningún servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) del Periodo de Gracia. Es posible que se le facture y deba pagar por cualquier servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) si no paga los tres (3) meses de primas vencidas antes del último día del Periodo de Gracia de tres (3) meses.

Si no ha pagado sus primas completas antes del último día del tercer mes, en un plazo de cinco (5) días hábiles posteriores a la cancelación de su cobertura, L.A. Care le enviará una Notificación de confirmación de cancelación de la cobertura con la información detallada en la sección anterior (puntos a-c).

Restitución de la cobertura. Si paga los tres (3) meses de primas vencidas antes del último día del Periodo de Gracia de tres (3) meses, su cobertura se restituirá con vigencia retroactiva a partir del primer (1.er) día del primer (1.er) mes del Periodo de Gracia. Si usted no restituye su cobertura a más tardar al final del 3.er mes del Periodo de Gracia, será responsable del costo de cualquier servicio recibido durante los meses (2) y tres (3) del Periodo de Gracia.

Si su cobertura se cancela fuera del periodo de inscripción regular de Covered California™ y usted no reúne los requisitos para la inscripción especial, es posible que pierda su derecho a restituir la cobertura.

Si paga el total antes del fin del Periodo de Gracia de tres (3) meses, puede presentar un reclamo para que le reembolsen los servicios médicos y de farmacia prestados durante los meses dos (2) y tres (3) del Periodo de Gracia. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo de reembolso, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711)**.

Si no puede pagar la totalidad de la prima antes del fin del periodo de gracia y ha enviado pagos parciales de la prima, es posible que reúna los requisitos para el reembolso. L.A. Care Health Plan calculará automáticamente cualquier pago en exceso y se lo reembolsará. También puede llamar a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711)** para obtener un Formulario de solicitud de reembolso.

Cancelación de la membresía

Si desea cancelar su membresía en L.A. Care Covered™, llame a Covered California™ al **1.800.300.1506 (TTY 1.888.889.4500)** o ingrese en la sesión de su solicitud en **www.coveredca.com**. Si cancela voluntariamente su membresía y ha realizado pagos anticipados de la prima, es posible que reúna los requisitos para un reembolso. L.A. Care Health Plan calculará automáticamente cualquier pago en exceso y se lo reembolsará. También puede llamar a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711)** para obtener un Formulario de solicitud de reembolso.

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

Si usted solicita la cobertura de L.A. Care Health Plan a través de Covered California™ y recibe la aprobación, 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 periodo de inscripción abierta, podrá volver a solicitarla. Si su cobertura se cancela una vez finalizado el periodo 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 médicamente necesaria. 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 quede a menos de 50 millas de su hogar.

Servicios para el cáncer

Pruebas de detección de 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 de cáncer cervical

- pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH)
- vacunas contra el 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 un estudio clínico 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:

- Instituto Nacional de la Salud (*National Institute of Health*, NIH);
- Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (*Food and Drug Administration*, FDA);
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*);

- Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud;
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
- un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades anteriores o del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos;
- una entidad de investigación no gubernamental calificada según lo definido por los Institutos Nacionales de la Salud para subvenciones de apoyo al centro, o
- el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado a través de un sistema de revisión por pares que cumple con los requisitos de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si usted participa en un estudio clínico sobre el cáncer aprobado, L.A. Care cubrirá todos los costos de atención médica de rutina relacionados con el estudio clínico.

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 los estudios clínicos 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 cumplía con los requisitos para participar en un estudio clínico sobre el cáncer pero le negaron la cobertura, tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR) de la denegación. Puede obtener más información acerca de esto en la sección “¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho?”.

Servicios para trastornos por consumo 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 ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias

Cubrimos los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

- programas de tratamiento diurno
- programas ambulatorios intensivos
- evaluación, asesoramiento y tratamiento individual y grupal del trastorno por consumo de sustancias
- tratamiento médico de los síntomas de abstinencia

Especialidad adicional del trastorno por consumo de sustancias

Cubrimos la terapia de sustitución de opioides para todas las Personas Inscritas, cuando es médicamente necesario, en un centro de tratamiento con licencia aprobado por el grupo médico.

Servicios de recuperación residenciales de transición

Cubrimos el tratamiento para trastornos por consumo 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 servicios para trastornos por consumo de sustancias

Las exclusiones no se aplican a los servicios basados en evidencia realizados por profesionales de salud mental permitidos por la ley de California para los servicios para los trastornos 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 sea recetado por un médico y cirujano con licencia o por un psicólogo con licencia.
- Servicios proporcionados por personas sin licencia.

Servicios dentales y de ortodoncia

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

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 de ortodoncia para paladar leporino

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

- Los servicios constituyen una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino que cubrimos conforme a la subsección “*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 ortodontista participante.

Costos compartidos para servicios dentales y de ortodoncia

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 ambulatorios
- 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

Cuidados para la diabetes

Los siguientes servicios para diabéticos están cubiertos 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: cubrimos los siguientes 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 de medicamentos a continuación.
- 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 ambulatorios

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 de emergencia son servicios cubiertos médicamente necesarios, que incluyen servicios de ambulancia y de salud mental, que un miembro razonablemente cree que son 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, entre otros:

- problemas respiratorios
- convulsiones
- hemorragia abundante
- pérdida del conocimiento o 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 médico de atención primaria (*Primary Care Physician*, PCP) deberá proporcionarle atención médica de seguimiento para los servicios de emergencia. Se le reembolsarán a usted 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 haya sido tratada en un hospital y ya no exista una emergencia porque su condición se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento quiera que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos después de que una condición de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posteriores a la estabilización”.

Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (“hospital no participante”), el hospital no participante 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 riesgo 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 se le puede trasladar 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 de atención posterior a la estabilización que se le 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 servicios de atención posteriores a la estabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando 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. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (*Food and Drug Administration*, FDA). Puede recibir servicios de planificación familiar y anticonceptivos aprobados por la FDA (incluyendo un suministro de 12 meses de anticonceptivos

hormonales autoadministrados que se dispensan a la vez) 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 extracción de dispositivos, la atención médica de seguimiento para los efectos secundarios y la asesoría para el cumplimiento continuo también están cubiertos sin cargo (copago de \$0). Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen:

- 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 del paciente sobre anticoncepción, 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

Los servicios de 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 grupales 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 e interesante! Se ofrecen talleres de bienestar y citas de grupo en inglés y español, en lugares y horarios convenientes para usted. Pueden solicitarse intérpretes gratuitos en otros idiomas. Si no puede asistir a un taller, un consejero de salud de L.A. Care o dietista titulado 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 del 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 ver su informe de bienestar personalizado. También puede conectarse con un consejero de salud virtual, ver recetas saludables, videos e inscribirse en talleres de bienestar en línea. Visite lacare.org/es y haga clic en “Member Sign-In” (Registro para miembros). Haga clic en la pestaña “My Health In Motion™” para ver todas las herramientas que pueden ayudarle a mantenerse saludable.

Programa de recompensas My Health In Motion™

L.A. Care Covered™ ofrece el programa de recompensas My Health in Motion™. Los participantes serán recompensados por tomar medidas para mejorar su salud. Hay cuatro maneras de ganar puntos para canjearlos por tarjetas de regalo a través del sitio My Health In Motion™.*

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

Para poder recibir las recompensas, usted debe:

- tener al menos 18 años;
- estar inscrito activamente en L.A. Care Covered™, y
- estar al corriente con el pago de las primas.

*Cada recompensa se limita a una por miembro de por vida. Todas las actividades deben completarse antes del 31 de diciembre de 2018 a las 11:59 p. m. hora estándar del Pacífico (*Pacific Standard Time*, PST) 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™.

La biblioteca de referencias en audio sobre educación de la salud de L.A. Care también está disponible para usted y tiene mensajes pregrabados sobre temas que brindan información que necesita para ayudarlo 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 enfermedades comunes o crónicas. Se puede encontrar más información en lacare.org/es en la pestaña de Healthy Living (Vida saludable) y Health Resources (Recursos de salud).

Los recursos de educación de la salud incluyen materiales impresos, referencias a programas comunitarios, información o videos en línea 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, asesoramiento por teléfono, asesoramiento individual cuando la visita al consultorio es exclusivamente para educación de la salud y materiales de educación de la salud. La educación de la salud proporcionada durante una consulta o examen ambulatorio no tendrá costos compartidos adicionales para usted más allá del costo compartido ya requerido para la visita. Llame a L.A. Care para obtener más información al **1.855.270.2327** (TTY 711) o visite lacare.org/es.

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 asistencia 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 efectivo 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 a 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 periodo 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

Centro de 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 casos de 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 fines de control de 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 limitado a no más de cinco días consecutivos por vez.
- Asesoría y servicios por duelo.
- Asesoría en materia de alimentación.
- Los siguientes cuidados brindados durante periodos de crisis cuando necesite atención médica continua para aliviar o controlar síntomas médicos agudos:
- atención de enfermería continua durante un máximo de 24 horas al día conforme sea necesario para mantenerlo 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 sea autorizado por L.A. Care y son proporcionados en un hospital participante. Puede utilizarse cualquier hospital en caso de emergencia sin autorización.

- habitación y comida, incluyendo 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 subsección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*” de esta sección de “*Beneficios del plan*”)
- 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 de ortodoncia
- cuidados de diálisis
- cuidados paliativos
- dispositivos protésicos y ortopédicos
- cirugía reconstructiva
- atención en un centro de enfermería especializada
- servicios de trasplante

Exclusiones: se excluyen una habitación privada en un hospital o artículos de 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 periodo 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 periodo 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 periodo de beneficios debe haber finalizado el periodo de beneficios existente. No debe cumplir con 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 ambulatorios

Exclusiones: 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 para la lactancia materna, suministros y asesoría.
 - 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 periodo mínimo de 48 horas en caso de parto vaginal normal, o de 96 horas en caso de parto por cesárea. La cobertura de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas puede ser menor de 48 o 96 horas en estas condiciones: 1) si así lo deciden la madre y el médico que atiende a la madre, y 2) si se programa una visita de seguimiento después del alta, para la mamá 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 usted tiene 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 nutricional médica (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 referencia de un médico. Es posible que algunos miembros no reúnan los requisitos para recibir estos servicios.

Transporte médico

Servicios de transporte de emergencia

L.A. Care cubre servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de atención más cercano en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es lo suficientemente grave como para que las otras formas de llegar a un centro de atención médica puedan poner en riesgo su vida o salud.

Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia

Este beneficio le da acceso al transporte más rentable y accesible. Esto puede incluir: servicios de ambulancia y de transporte psiquiátrico.

Los medios de transporte están autorizados cuando:

- su condición médica y/o física no le permite viajar en camión, vehículo de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado, y
- se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria. Según el servicio, se puede requerir una autorización previa.

Límites de los servicios de transporte de emergencia y no emergencia

Este beneficio permite el transporte a servicios médicos de emergencia y de no emergencia en ambulancia o camioneta psiquiátrica de transporte, incluidos los servicios de ambulancia aérea médicamente necesarios. El beneficio no cubre el traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público.

Atención de salud mental

Cubrimos los servicios especificados en esta sección de “Atención de 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” dentro de 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 a los problemas relacionales como algo distinto de un “trastorno mental”, por lo que no cubrimos los servicios (como asesoría para parejas o asesoría familiar) para problemas relacionales.

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” hace referencia a los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), 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 significa una condición identificada como “trastorno mental” dentro de la edición más reciente del DSM, que no sea un trastorno primario por consumo de sustancias 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; (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 cumple con los requisitos de elegibilidad para recibir educación especial en virtud del Capítulo 26.5 (que comienza con 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 para recibir servicios de salud mental en hospitales participantes
- atención residencial transitoria no médica para pacientes con trastornos de salud mental
- tratamiento a corto plazo en un programa residencial para una crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia, 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 proporcionados por médicos participantes y otros proveedores que sean profesionales de la salud con licencia que actúen dentro del ámbito de su licencia.

Servicios de salud mental ambulatorios

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 para la salud mental
- terapia individual y grupal
- pruebas psicológicas cuando son clínicamente necesarias para evaluar un trastorno de salud mental
- administración de medicamentos
- hospitalización parcial ambulatoria
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda

Tratamiento de cuidado para los trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista

El tratamiento para los trastornos de la conducta (*Behavioral Health Treatment*, BHT) para miembros con trastornos del espectro autista (lo que incluye síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo) requiere autorización previa y está cubierto cuando es recetado por un médico o un psicólogo con licencia que es proveedor del plan. Un proveedor participante debe recetar un plan de tratamiento de BHT, y los servicios de BHT deben ser proporcionados por 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.

“Tratamiento para los trastornos de la conducta” se define del siguiente modo: 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 máxima medida posible, el funcionamiento de una persona que sufre trastornos del espectro autista. Para obtener información adicional, por favor llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1.877.344.2858/ 1.800.735.2929** TTY.

Tratamiento para pacientes ambulatorios y otros trastornos de salud mental y consumo de sustancias

Cubrimos el siguiente tratamiento para pacientes ambulatorios y otros trastornos por consumo de sustancias de salud mental:

- hospitalización parcial (atención médica intensiva hospitalaria ambulatoria a corto plazo)
- tratamiento intensivo ambulatorio para la salud mental (tratamiento multidisciplinario a corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo ambulatorio) observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda
- estimulación magnética transcraneal ambulatoria
- terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy*, ECT)
- bolsas: urinarias, para drenaje, para ostomía
- 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.

Exclusiones de los suministros de urología y ostomía: equipos, suministros y accesorios de comodidad, higiene o lujo.

Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios

Servicios de las instalaciones

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, y
- medicamentos que son administrados por el hospital o instalación
- para uso durante el tratamiento del miembro en la instalación.

Consulte el resumen de beneficios para pacientes ambulatorios y otros tratamientos de salud mental y trastorno por consumo de sustancias descritos anteriormente.

Suministros de urología y ostomía

Dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los suministros para estomía y urología 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 incluyen:

- adhesivos: líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla
- fajas para estomía
- fajas para hernia
- sondas
- bolsas o botellas para drenaje: para la cama y la pierna
- suministros para vendaje
- lubricantes
- suministros varios: conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes para estomía; dispositivos de sujeción de sondas de drenaje; cinta adhesiva para tapas para estomía; conectores para colostomía; conectores para estomía; 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

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/TDD **1.877.855.8039**).

Los beneficios cubiertos incluyen:

- atención médica preventiva y de diagnóstico, que incluye los exámenes bucales, las limpiezas preventivas, la aplicación de selladores y de flúor tópico
- servicios dentales básicos y de gran envergadura, que incluye los 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 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 se describe en la Evidencia de cobertura (*Evidence of Coverage*, EOC) de su plan dental pediátrico suplementario.

Atención de la vista pediátrica

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

Los beneficios de la vista se proporcionan a través del VSP. Su amplia red nacional de proveedores ofrece atención médica oftalmológica profesional a los miembros cubiertos por planes colectivos de atención médica oftalmológica. Si no puede encontrar un proveedor accesible, llame gratuitamente al 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, incluyendo tanto lentes como monturas, o lentes de contacto. Se pueden obtener lentes de visión única, bifocales

convencionales, trifocales convencionales y lentes lenticulares en todas sus graduaciones. Una selección de lentes de vidrio, plástico o policarbonato está disponible. Los lentes de policarbonato se pueden obtener sin costo compartido adicional.

- Los lentes de contacto son 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.

Cuidado 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 recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Cubrimos los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en esta sección cuando se receten de la siguiente manera y se obtengan en una farmacia del plan o a través del servicio de entrega a domicilio 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 médicamente necesario o que el medicamento es para una disfunción sexual:
 - dentistas, si el medicamento es para atención dental
 - 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
 - médicos no pertenecientes al plan, si el medicamento recetado se obtuvo como parte de servicios de emergencia cubiertos, atención posterior a la estabilización 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 posterior a la estabilización 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 recetándolo para la misma condición y para un uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para pacientes ambulatorios

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

- 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 dispensados al mismo tiempo.

Si su médico no dispone de un medicamento o dispositivo anticonceptivo cubierto o su médico no lo recomienda, puede solicitar una autorización de un medicamento o dispositivo anticonceptivo no cubierto según lo indique su médico. Si el Plan aprueba su autorización, el medicamento o dispositivo anticonceptivo se proporcionará sin costo (copago de \$0).

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 para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios:

- medicamentos para los que la ley exige una receta médica y determinados medicamentos que no requieren una receta médica 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 para pacientes ambulatorios

Para los Miembros de los planes Platinum 90 HMO, Gold 80 HMO y Silver HMO (70, 94, 87 y 73), el costo compartido para un suministro de medicamentos recetados de 30 días no puede exceder los \$250 por receta. Para los planes Silver, el costo compartido se aplica después de que el deducible del Miembro haya sido satisfecho durante el año.

Para los Miembros en el plan Bronze 60 HMO, el costo compartido por un suministro de medicamentos recetados de 30 días no puede exceder los \$500 por receta una vez que el deducible se haya satisfecho durante el año.

Para los miembros en el plan Minimum Coverage HMO, el costo compartido por un suministro de medicamentos recetados de 30 días está sujeto a deducible.

Los costos compartidos indicados anteriormente son aplicables a los planes de los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska.

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.

Nota: si los cargos por el medicamento, suministro o suplemento son inferiores al copago, usted pagará la suma más baja.

Para obtener una explicación del deducible para medicamentos, consulte la subsección “Deducible para medicamentos” de esta sección:

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™ Health Plan cubra el medicamento con el copago aplicable (consulte la sección “Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).

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 del crecimiento humano para el tratamiento a largo plazo de pacientes pediátricos con un retraso del crecimiento debido a la secreción insuficiente de la hormona del 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 tromboticos 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 para pacientes ambulatorios”).

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 para pacientes ambulatorios:

- medicamentos experimentales o de investigación, a menos que su uso esté profesionalmente aceptado
- 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 de los 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
- Educación de la salud
- Todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas, como por ejemplo:
 - prueba de detección del cáncer de seno
 - pruebas de detección del cáncer de próstata
 - pruebas de detección del cáncer en general
 - servicios de mamografía
 - prueba de detección de 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 de los 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 de los padres 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
- fisioterapia – salud en el hogar
- fisioterapia – en el hospital como paciente ambulatorio

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 subsección 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 afecciones oculares como el queratocono o la queratitis sicca, la aniridia o la afakia. Los servicios médicamente necesarios para la afakia 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 de 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 ambulatorios
- 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 de ortodoncia que son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino (consulte “*Servicios dentales y de ortodoncia*”)
- diagnóstico por imágenes y laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “*Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios*”)

- medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “*Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios*”)
- 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 la subsección “*Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*” de 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 con 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™ es elegible para recibir los servicios del CCS, seguirá inscrito en el producto Plan de Salud Calificado (*Qualify Health Plan*, 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 afecciones que cumplen con los requisitos de dicho programa. 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*”.

- aparatos para la sordera 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, semen y óvulos (y los servicios relacionados con la recolección y el almacenamiento), fertilización in vitro y transferencia intratubárica de cigotos.

Servicios de biorretroalimentación

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

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 “*Cirugía reconstructiva*” de la sección “*Beneficios del plan*”
- los siguientes dispositivos cubiertos conforme a los “*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 de ortodoncia

Servicios dentales y de ortodoncia, tales como radiografías, aparatos, implantes, servicios proporcionados por dentistas u ortodontistas, 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 subsección “*Servicios dentales y de ortodoncia*” 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 subsecciones “*Equipo médico duradero*”, “*Servicios de salud en el hogar*”, “*Cuidados paliativos*”, “*Suministros para estoma y urológicos*” y “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*” 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, con la excepción del tratamiento para la preservación de la infertilidad iatrogénica médicamente necesaria.

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
- cursos de crecimiento profesional
- capacitación para una trabajo específico o 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 subsección “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 en ninguno de los siguientes casos:

- productos con aminoácidos modificados y fórmula de nutrición enteral elemental cubiertos conforme a la subsección “Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios” de la sección de “Beneficios del plan”
- fórmula enteral cubierta conforme a la subsección “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 cuando sea necesario. (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 subsección “Hospitalización psiquiátrica o programas de tratamiento psiquiátrico intensivo” de la sección “Servicios de salud mental”.

Artículos y servicios para el cuidado rutinario de los pies

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

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

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 en ninguno de los siguientes casos:

- 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 subsección “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 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 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 los “*Acuerdos de alquiler de vientre*” en la subsección “*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, para 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 de “*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. L.A. Care servirá a los mejores intereses de 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 entregada 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 entregada 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 entregadas 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 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 un monto fijo, independientemente de los servicios prestados.

A veces, a los proveedores se les premia 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 [*Participating Provider Groups*, 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

Llame a Servicios para los Miembros de 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. En cambio, son 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 de 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 Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*, DMHC) si L.A. Care cancela o rechaza renovar la membresía de un miembro, y el miembro cree que se debe a motivos de salud o al uso de beneficios de salud.

El miembro puede llamar gratuitamente a DMHC 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, [*California Children's Services*, CCS]);
- otro contrato, u
- 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
- 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. Esto puede requerir 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 Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC)

Existen 11 Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (*Regional Community Advisory Committees*, RCAC) de L.A. Care en el condado de Los Ángeles. El propósito de los comités de asesoría es:

- proporcionar información sobre los servicios y operaciones actuales y futuros del plan de salud
- discutir quejas e inquietudes de los miembros
- aconsejar a la Mesa Directiva de L.A. Care
- educar a la comunidad para hacer frente a los problemas de atención médica y empoderar a los miembros del comité para ser defensores

Los RCAC 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 acerca de los RCAC, llame a Extensión y Educación Comunitaria de L.A. Care al **1.888.522.2732**. Esta llamada es gratuita.

Aviso 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 información personal sin contar con un consentimiento por escrito a menos que sea permitido o requerido por la ley. 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 exigidas para participar en este programa de beneficios por cualquiera de las leyes mencionadas a continuación, 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 [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 atento a los cambios y los avances en la atención médica. Estudiamos los tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos nuevos. A todo esto le llamamos “tecnologías nuevas”. Revisamos los informes científicos, así como la información del gobierno y de los especialistas médicos. Entonces decidimos si cubrimos las tecnologías nuevas. Los miembros y los proveedores pueden pedirle a L.A. Care que revise una tecnología nueva.

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 Covered California.

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™.

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

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

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 Covered California™.

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™.

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™.

Cancelación de la membresía es cuando usted abandona L.A. Care por algún 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 repara partes anormales del cuerpo, mejora la función corporal o restablece un aspecto normal.

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.

Contraindicación 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.

Covered California™ es el Intercambio de beneficios y seguros de salud de California, que opera con el nombre de Covered California™ y como una entidad independiente dentro del gobierno del estado de California. A partir de enero de 2014, Covered California™ celebrará contratos selectivos con planes de salud para proporcionar a las personas inscritas en el Intercambio opciones de cobertura de atención médica orientadas a brindar la combinación óptima de variedad, valor, acceso, calidad y servicio.

Credencial es un certificado que muestra que una persona está acreditada a 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 (*Qualified Health Plan*, 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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (*Food and Drug Administration*, 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 Covered California™ 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. **Pruebas de diagnóstico** son pruebas que se utilizan para realizar un diagnóstico.

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 de 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 una condición física 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 con determinados requisitos para participar en un programa o recibir los beneficios de un programa.

Equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment*, DME) es un 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.

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. Es un lugar donde puede surtir sus recetas médicas.

Fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) es una enfermedad poco frecuente. La PKU 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 integrado por su médico o médico de atención primaria (*Primary Care Physician, PCP*). Vea también el término “Grupo médico”.

Grupo médico es un grupo de médicos integrado por 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 (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.

Índice de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) es una medida del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El índice de pobreza federal es utilizado por organizaciones gubernamentales y privadas para determinar la elegibilidad para determinados programas y beneficios. Covered California™ utiliza esta medida para determinar si usted y sus Dependientes Inscritos, si los hubiere, reúnen los requisitos para recibir un crédito fiscal federal (que reduce su prima mensual) o un subsidio federal para costos compartidos (que reduce los costos compartidos que debe pagar de su bolsillo).

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 inmunológico para atacar a los organismos que pueden provocar enfermedades. Algunas inmunizaciones se administran en una sola vacuna o dosis oral. Otras requieren varias inyecciones durante un periodo de tiempo.

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

Intercambio de beneficios y seguros de salud en California, es otro nombre que se le da a Covered California™. Cada estado del país tendrá un Intercambio para 2014, ya sea un Intercambio estatal propio de cada estado o un Intercambio proporcionado por el gobierno federal. Covered California™ es un Intercambio estatal.

Intérprete es un profesional capacitado que expresa de manera precisa e imparcial un mensaje hablado o por señas de un idioma a otro, 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 tiene un contrato con Covered California™ para brindar servicios de atención médica a las personas y familias que elijan L.A. Care, o a quienes se les asigne L.A. Care, a través de Covered California™.

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

Las enfermedades mentales graves (Severe Mental Illnesses, SMI) son enfermedades mentales de grado severo y persistentes, que pueden causar un funcionamiento del comportamiento que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida diaria y que puede resultar en una incapacidad para mantener un ajuste estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación por un periodo de tiempo largo o indefinido. Estas enfermedades de salud mental incluyen, pero no se limitan a, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, así como trastornos afectivos mayores u otros trastornos mentales severamente incapacitantes.

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 de los Estados Unidos al **1-800-514-0301** (voz) o al **1-800-514-0383** (TTY/TDD).

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 al **1-800-368-1019** (voz) o al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).

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 cuentan para el límite se detallan en la sección “Pagos que cuentan para el máximo”.

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 para aliviar el dolor por medio del diagnóstico o tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

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

Médico de atención primaria (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 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 es el organismo que se ocupa de las quejas por discriminación de grupos minoritarios o personas discapacitadas.

Periodo de inscripción abierta es un periodo 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 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.

Plan de Salud Calificado (QHP) es un producto de seguro que consiste en un plan de servicios de salud, que está certificado por un Intercambio de beneficios y seguros de salud, como Covered California™, proporciona los Beneficios de salud esenciales, y es ofrecido por un plan de salud que 1) tiene licencia y se encuentra vigente; 2) acepta ofrecer al menos un plan Silver y un plan Gold; y 3) cumple con los requisitos de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos y el Intercambio (como L.A. Care).

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 (California Children's Services, 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 Angeles 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

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

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

Queja es el término utilizado cuando no está satisfecho con el servicio de atención médica que recibe o con la denegación del servicio o el tratamiento que solicitó por parte del plan de salud. La queja puede ser administrativa o clínica. 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, lo cual requiere 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:

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

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™.

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 abordar 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 de 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 psicoanálisis, psicoterapia, asesoría, control médico u otros servicios proporcionados mayormente por un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico con licencia, consejero matrimonial, familiar e infantil con licencia, u otro profesional de la salud mental o paraprofesional, para el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o emocionales o de problemas mentales o emocionales asociados con un enfermedad, lesión u otra condición; o el diagnóstico y tratamiento para trastornos por consumo de sustancias. Salud mental, o trastornos emocionales, incluye en forma enunciativa y no limitativa: anorexia nerviosa, trastorno por

déficit de atención (TDA), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, trastorno bipolar, bulimia nerviosa, trastornos depresivos mayores, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, psicosis, esquizofrenia, 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, 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™ 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.

Subsidios para costos compartidos (también denominados reducciones en los costos compartidos) son reducciones en los costos compartidos para una persona elegible inscrita en un plan del nivel Plata a través de Covered California™, o para determinados indígenas estadounidenses o nativos de Alaska inscritos en un plan a través de Covered California™.

Terapia del habla es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia para tratar problemas del habla. Esta definición no pretende limitar, reemplazar o 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 trastorno 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 las pruebas de detección 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 en la capacidad para desenvolverse en la comunidad y cumplir con otros requisitos; y sucede 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 más aceptado es el término utilizado para las pruebas o tratamientos usados comúnmente por los médicos para el tratamiento de una enfermedad o diagnóstico en particular.

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 desarrollados 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, que desarrollen o recuperen, en la máxima medida posible, el funcionamiento de una persona que sufre un trastorno del espectro autista (incluye síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo). El plan de tratamiento debe tener metas mensurables desarrolladas y aprobadas por el proveedor de servicios de autismo calificado (*Qualified Autism Service, QAS*) que se revisa cada seis meses y se modifica cada vez que sea apropiado. El plan de tratamiento no se usa para ofrecer servicios de relevo, guardería o servicios educativos o para reembolsar a un padre por la participación en el tratamiento.

TTY/TDD es un aparato de telecomunicaciones para las personas con sordera y con dificultades auditivas.

Venéreo relativo a las relaciones sexuales o causado por ellas.

Números de teléfono importantes

Programas y servicios para niños

Acceso para Bebés y Madres (<i>Access for Infants and Mothers, AIM</i>)	1-800-433-2611
Servicios para los Niños de California (<i>California Children's Services, CCS</i>)	1-800-288-4584
Programa de Salud y Prevención de la Discapacidad Infantil (<i>Child Health and Disability Prevention, CHDP</i>)	1-800-993-CHDP (1-800-993-2437)

Covered California™

Covered California™	1-800-300-1506
Covered California™ TTY/TDD	1-888-889-4500

Servicios para las personas

Información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades	1-800-514-0301
Servicio de Retransmisión de California (TTY/TDD) para usuarios con dificultades auditivas	1-800-735-2929
Servicio de Retransmisión de California TTY/TDD 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™	1-855-222-4239
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™	1-855-270-2327
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ TTY	711
Autorizaciones	1-877-431-2273
Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta (Beacon)	1-877-344-2858
Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta (Beacon) TTY/TDD	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
Vision Plan (VSP)	1-800-877-7195
Vision Plan (VSP) TTY/TDD	1-800-428-4833
Liberty Dental	1-888-700-5243
Liberty Dental TTY/TDD	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 (<i>Women, Infant and Children, WIC</i>)	1-888-942-9675

Servicios del estado de California

Departamento de Servicios de Salud del estado de California (<i>California State Department of Health Care Services, DHCS</i>)	1-916-445-4171
Departamento de Atención Médica Administrada (<i>Department of Managed Health Care, DMHC</i>)	1-888-HMO-2219 (1-888-466-2219)
Departamento de Servicios Sociales Públicos (<i>Department of Public and Social Services, DPSS</i>)	1-877-481-1044
Medi-Cal	1-877-481-1044
Programa de Ingreso Social Suplementario (<i>Supplemental Social Income, SSI</i>)	1-800-772-1213

Mapa de áreas de servicio



Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO



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 (711).

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: \$7,550 por persona/\$15,100 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 límite anual general 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.

LA0921b 09/18_SP

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

<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 (711).</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 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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>	<p>Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)</p>	<p>100% hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia</p> <p>Pedidos por correo 100%</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista.</p> <p>Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo.</p> <p>Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.</p>
	<p>Nivel 2 (de marca preferidos)</p>	<p>100% hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia</p> <p>Pedidos por correo 100%</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista.</p> <p>Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo.</p> <p>Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.</p>
	<p>Nivel 3 (de marca no preferidos)</p>	<p>100% hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia</p> <p>Pedidos por correo 100%</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Suministro para hasta 30 días para farmacia minorista.</p> <p>Suministro para hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se necesita autorización previa.</p> <p>Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.</p>
	<p>Nivel 4 (medicamentos de especialidad)</p>	<p>100% hasta \$500 por receta después del deducible de farmacia</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Se necesita autorización previa.</p> <p>Con sujeción al deducible de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta.</p> <p>No disponible a través de pedido por correo.</p>

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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 y fuera de emergencia)	100%	100%	Con sujeción al deducible.
	Atención médica de urgencia	\$75	Sin cobertura	Con sujeción al deducible después de las primeras tres visitas no preventivas.
Si necesita una estancia 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 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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% hasta \$75	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 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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% hasta \$75	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 (711) o visítenos en lacare.org.

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

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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 (711) 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.

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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

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

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 (711). También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado llamando al 1-888-466-2219.

Su derecho a presentar una queja o apelación:

Preguntas: Llame al 1-855-270-2327 (711) o visítenos en lacare.org.

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

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta **Cobertura para:** Individual + familia | **Tipo de plan:** HMO

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**.

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 (711). Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 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 (711). Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de Ayuda de HMO al 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 (711). 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.

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

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwüjigo holne' 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 (711) 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.

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 (711) 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.



Llame gratis al **1.855.270.2327** | TTY: 711



lacare.org

