



L.A. Care Covered™

2017

Una guía útil para sus beneficios
de atención de la salud



1 de Enero de 2017 - 31 de Diciembre de 2017



Nondiscrimination and Accessibility Notice

Discrimination is Against the Law

L.A. Care Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. L.A. Care Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

L.A. Care Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - o Qualified sign language interpreters
 - o Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - o Qualified interpreters
 - o Information written in other languages

If you need these services, contact our Member Services Department at **1.855.270.2327** (TTY 711).

If you believe that L.A. Care Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance/complaint with the Civil Rights Coordinator of L.A. Care Health Plan. You have two options in which you may file a grievance/complaint:

You may call in a grievance/complaint at:

Member Services Department – **1.855.270.2327** (TTY 711)

Or you may send in a written grievance/complaint to:

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

You can file a grievance/complaint in person, by mail, by telephone, or by email. If you need help filing a grievance/complaint, the Civil Rights Coordinator via the Member Services Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Getting Help in Other Languages

English

To request free interpreting services, information in your language or in another format, call L.A. Care at **1.855.270.2327** or TTY 711.

Spanish

Para solicitar servicios de interpretación gratuitos o información en su idioma o en otro formato, llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** o al **711** para TTY.

L.A. Care Covered Platinum 90 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	Ninguno	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.	Ninguno	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)	\$4,000 por Miembro/\$8,000 por Familia	100% de todos los cargos

LA0927a 08/16_SP

Máximo de beneficios del Miembro durante toda su vida	Pago máximo de L.A. Care
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y de otro tipo¹
Máximo de beneficios de por vida	Sin máximo

Beneficio	Copago del Miembro⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de acupuntura	
Servicios de acupuntura	
Servicios cubiertos proporcionados por un acupunturista certificado	\$15 por visita
Servicios cubiertos proporcionados por un médico	\$15 por visita
Beneficios de pruebas y tratamiento de alergias	
Suero para alergias comprado por separado para el tratamiento	10%
Visitas al consultorio (incluye visitas para la aplicación de inyecciones de suero para alergias)	\$40 por visita
Beneficios de ambulancia⁶	
Transporte de emergencia o autorizado	\$150
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	\$250
Tarifa del cirujano/médico de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	\$40
Beneficios de cirugía bariátrica	
Se necesita autorización previa.	
Tarifa de instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados	\$250 por día hasta 5 días
Tarifa del cirujano/médico de cirugía bariátrica para pacientes hospitalizados	\$40
Servicios hospitalarios en consulta externa	\$250
Beneficios de quiropraxia	
Servicios de quiropraxia	Sin cobertura
Servicios cubiertos proporcionados por un quiropráctico	
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).	\$250 por día hasta 5 días
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	

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
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	\$250
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	\$250 por día hasta 5 días
Consultorio	\$15
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$250
Beneficios de atención médica para la diabetes	
Dispositivos, equipos y suministros 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). 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.	10%
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	\$250 por día hasta 5 días
Servicios de diálisis en consulta externa 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.	10%
Beneficios de equipo médico duradero	
Sacaleche	Sin cargo
Otros equipos médicos duraderos Incluye, a modo de ejemplo: bombas de insulina, medidores del flujo máximo, monitores de glucosa en sangre, postes para infusión intravenosa	10%
Beneficios de sala de emergencias	
Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo
Tarifa de las instalaciones de la sala de emergencias	\$150 por visita (el copago 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	

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
(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
Aborto	\$250
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	\$250
<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 	\$20
<p>Beneficios del Programa de cuidados paliativos 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

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de hospital (servicios de instalaciones)⁸	
Tarifa de instalaciones para pacientes hospitalizados Habitación semiprivada y comida, y servicios y suministros médicamente necesarios, incluidos los cuidados subagudos.	\$250 por día hasta 5 días
Tarifa del médico/cirujano para pacientes hospitalizados ⁹	\$40
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.	\$150 por día hasta 5 días
Tarifa de instalaciones en consulta externa	\$250
Tarifa del médico/cirujano en consulta externa	\$40
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	10%
Laboratorio y patología en consulta externa: Los servicios de laboratorio de diagnóstico se cubren por servicio o por prueba cuando se proporcionan para diagnosticar una enfermedad o lesión.	\$20
Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes en consulta externa: Servicios de radiografías en consulta externa, incluidas mamografías. Los servicios de radiografías y de diagnóstico por imágenes se cubren cuando se proporcionan para diagnosticar una enfermedad o lesión.	\$40
Beneficios de salud mental y uso de sustancias (Todos los servicios proporcionados a través de opciones Beacon Health [Beacon])	Servicios proporcionados por proveedores participantes de Beacon
Beneficios de salud mental y uso de sustancias^{11,12}	
Visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individual en consulta externa de problemas de salud mental evaluación y tratamiento	\$15
Terapia grupal, evaluación y tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental	\$10
Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental y trastornos de la conducta ¹³	\$15
Tarifa de instalaciones de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por día hasta 5 días
Tarifa del médico de salud mental y trastornos de la conducta para pacientes hospitalizados	\$40
Servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados: salud mental	\$250 por día hasta 5 días
Visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individual en consulta externa de uso de sustancias	\$15
Terapia grupal, evaluación y tratamiento en consulta externa de uso de sustancias	\$10
Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de uso de sustancias ¹³	\$15
Tarifa de instalaciones de uso de sustancias para pacientes hospitalizados (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por día hasta 5 días
Tarifa del médico de uso de sustancias para pacientes hospitalizados	\$40

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados: abuso de sustancias ¹⁴	\$250 por día hasta 5 días
Tratamiento para trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista (incluidos el síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo); evaluación y tratamiento individual	\$15
Tratamiento para trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista (incluidos el síndrome de Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo); evaluación y tratamiento grupal	\$10
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	\$250 por día hasta 5 días
Intervención en casos de crisis	\$15
Hospitalización parcial en consulta externa ¹⁵	\$15
Atención médica de salud mental y uso de sustancias en consulta externa	\$15
Terapia electroconvulsiva (ECT)	\$15
Estimulación transcraneal en consulta externa	\$15
Terapia de reemplazo de opioides	\$15
Servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación	\$250 por día hasta 5 días
Pruebas psicológicas	\$15
Observación psiquiátrica	\$0
Tratamiento diurno para abuso de sustancias	\$15
Programas de tratamiento intensivo en consulta externa para abuso de sustancias	\$15
Programas de tratamiento intensivo en consulta externa para problemas de salud mental Tratamiento multidisciplinario a corto plazo en un programa de tratamiento psiquiátrico intensivo	\$15
Tratamiento médico de la abstinencia por el abuso de sustancias	\$15
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.	10%
Beneficios de medicamentos recetados en consulta externa^{16, 17, 18, 19, 20, 21}	Farmacia participante¹
Medicamentos recetados comprados en farmacias minoristas (suministro para hasta 30 días)	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos ²²	Sin cargo
Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)	\$5
Nivel 2 (de marca preferidos)	\$15
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$25
Nivel 4 (medicamentos de especialidad) Se necesita autorización previa.	El 10%, hasta \$250 por receta
Medicamentos recetados comprados mediante servicio por correo (suministro para hasta 90 días)	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos ²²	Sin cargo
Nivel 1 (la mayoría de los genéricos)	\$10
Nivel 2 (de marca preferidos)	\$30
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$50

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes ¹
<p>Beneficios de radiografías, pruebas de diagnóstico por imágenes, patología y laboratorio en consulta externa</p> <p>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. Los servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico y los servicios de diagnóstico por imágenes se cubren por servicio o por prueba. Para conocer los beneficios para servicios de atención médica preventiva, consulte la sección de Beneficios de atención médica preventiva de este Resumen de beneficios.</p>	
Laboratorio y patología de diagnóstico en consulta externa, incluidas las pruebas de Papanicolaou realizadas en un centro de laboratorio ambulatorio o un hospital ambulatorio	\$20
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	\$40
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.	\$150
Diagnóstico por imágenes mediante medicina nuclear Se necesita autorización previa.	\$150
Servicios pediátricos	
Cuidado del asma: nebulizadores	10%
Cuidado del asma: espaciadores de inhaladores, medidores del flujo máximo	10%
Educación sobre el cuidado del asma	Sin cargo
Beneficios de leches de fórmula y productos alimenticios especiales para la fenilcetonuria	
Fenilcetonuria	\$15
Beneficios podiátricos	
Servicios podiátricos proporcionados por un médico podólogo con licencia	\$15
Cuidado de rutina de los pies	\$15
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	\$250 por día hasta 5 días
Todos los Servicios profesionales para pacientes hospitalizadas necesarios para un parto normal, una cesárea y complicaciones del embarazo	\$40
Visitas posparto al consultorio del médico	\$15
Circuncisión de un recién nacido de rutina realizada en el consultorio, en un centro quirúrgico ambulatorio o en un hospital ambulatorio	\$250
Beneficios de atención médica preventiva	

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
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)	
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. Además, es posible que determinadas visitas al consultorio del médico tengan un copago diferente del que se detalla aquí. Para esas visitas al consultorio del médico, el copago será el detallado en cualquier otra sección de este Resumen de beneficios.	\$15
Visita al consultorio de otro profesional ²³	\$15
Visitas al consultorio de un especialista ²⁴	\$40
Visitas de atención médica de urgencia	\$15
Beneficios protésicos y ortopédicos	
Visitas al consultorio	\$15
Equipos y dispositivos protésicos ²⁵	10%
Beneficios de cirugía reconstructiva	
Visitas al consultorio del médico	\$40
Servicios de instalaciones de cirugía en consulta externa en un centro quirúrgico ambulatorio	\$250
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	\$250 por día hasta 5 días
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$250
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	\$15
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$15
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	\$250 por día hasta 5 días
Beneficios de hospital de enfermería⁸	

Beneficio	Copago del Miembro ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
<p>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.</p>	<p>\$150 por día hasta 5 días</p>
<p>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:</p>	
<p>Consultorio: servicios proporcionados por un médico</p>	<p>\$15</p>
<p>Consultorio: servicios proporcionados por un patólogo del habla con licencia o un terapeuta del habla certificado</p>	<p>\$15</p>
<p>Departamento de atención ambulatoria de un hospital</p>	<p>\$15</p>
<p>Unidad de rehabilitación de un hospital por días médicamente necesarios En una instalación para pacientes hospitalizados, este copago se factura como parte de los <u>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</u></p>	<p>\$250 por día hasta 5 días</p>
<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>	<p>\$150 por día hasta 5 días</p>
<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>	
<p>Servicios hospitalarios</p>	<p>\$250 por día hasta 5 días</p>
<p>Beneficios de la vista pediátricos²⁶ (miembros de hasta 19 años)</p>	
<p>Examen de la vista de rutina (1 visita por año calendario)</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Anteojos recetados Incluye marcos y lentes. (Un par por año).</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>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</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Corrección de la vista con láser²⁶</p>	<p>No está cubierto</p>
<p>Beneficios dentales pediátricos^{27, 28}</p>	

Beneficio	Copago del Miembro⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
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
Servicios básicos Incluye procedimientos restaurativos y servicios de mantenimiento periodontal	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Servicios de mayor envergadura Coronas y restauraciones	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Endodoncia	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Periodoncia (además del mantenimiento)	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Prostodoncia	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Cirugía bucal	Consulte el calendario de copagos dentales de 2017
Ortodoncia ²⁹ Ortodoncia médicamente necesaria	\$1000

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 el emisor.
- 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. Los servicios fuera de la red no se aplicarán al deducible anual o al máximo anual de gastos de bolsillo del miembro. Los servicios fuera de la red que se hayan considerado una emergencia médica o los servicios que se hayan aprobado por el plan se aplicarán al deducible anual o al máximo anual de gastos de bolsillo del miembro.
- 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) Para todos los planes, excepto los planes de salud con deducible alto (*high deductible health plans*, HDHP), 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) En el Plan Platinum y el Plan Gold con copagos, las estadías en instalaciones para pacientes hospitalizados y hospitales de enfermería no tienen costo adicional después de 5 días de estadía continua.
- 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.
- 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) No se necesita autorización previa para la visita inicial al consultorio/en consulta externa para hacer un diagnóstico o determinar el tratamiento. No se necesita autorización previa para la atención médica de rutina en consulta externa proporcionada en el consultorio para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o abuso de sustancias cuando es brindada por un proveedor dentro de la red. No hay límite para el número de visitas al consultorio en consulta externa.
- 12) 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 estándares, si es necesario para cumplir con la MHPAEA.
- 13) Otros artículos y servicios para el tratamiento en consulta externa de problemas de salud mental/abuso de sustancias incluyen pero no se limitan a, hospitalización parcial, tratamiento psiquiátrico intensivo multidisciplinario en consulta externa, programas de tratamiento diurno, programas intensivos en consulta externa, tratamiento para

trastornos de la conducta para los trastornos generalizados del desarrollo (Pervasive Developmental Disorders, PDD)/autismo proporcionado en casa y otros servicios intermedios en consulta externa, que se encuentran entre el cuidado a pacientes hospitalizados y visitas regulares al consultorio en consulta externa.

- 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) 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.
- 17) 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; o
	2) Medicamentos de marca preferidos; o
	3) Recomendados 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) 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) La Administración de Alimentos y Medicamentos (<i>Food and Drug Administration</i> , FDA) o el fabricante del medicamento limita la distribución a farmacias de especialidad; o
	2) La autoadministración requiere capacitación o supervisión clínica; o
	3) El medicamento fue fabricado mediante el uso de biotecnología; o
	4) El costo del plan (neto de reembolsos) es >\$600.

- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) La parte de los costos que pagará el Miembro por los medicamentos orales contra el cáncer no superará los \$200 por mes, de conformidad con la ley estatal.
- 21) 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.
- 22) 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.

- 23) La categoría Otros profesionales pueden 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 en esta nota impide que un plan use otra categoría de beneficios comparable además de un especialista para un servicio proporcionado por uno de estos practicantes.
- 24) Los especialistas son 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.
- 25) Esto incluye marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera.
- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) 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 2017 de Covered California.
- 29) 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.



Infórmese sobre su cobertura

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

Información básica

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

Programas especiales

L.A. Care ofrece los siguientes programas especiales:

- Programas de mejora de la calidad que nos dicen cómo podemos mejorar la calidad de la atención médica, la seguridad y los servicios para nuestros miembros. Estos programas nos permiten evaluar nuestro progreso para poder alcanzar nuestras metas, proporcionar servicios de calidad y decidir qué debemos cambiar.
- Programas de administración de atención médica para los miembros que tienen problemas médicos difíciles.
- Programas para controlar mejor enfermedades como la diabetes o el asma.

Cómo se toman las decisiones sobre su atención médica

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

Asuntos de los miembros

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

Si desea obtener copias impresas de su Evidencia de cobertura (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.



Manual para Miembros de L.A. Care Covered™

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

Índice

Manual para Miembros de L.A. Care Covered™

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

Servicio al cliente	8	Cómo programar una cita	15
¡Bienvenido!	8	Cómo cambiar su PCP	16
¿Qué es esta publicación?	8	Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care	16
Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación	8	Evaluación de la salud	16
¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?	9	Segundas opiniones	19
Privacidad de la información médica	9	Cómo encontrar una farmacia	19
Tarjeta de identificación	10	Copagos de farmacia	19
Lista y directorio de proveedores	10	Servicios de atención médica de emergencia y urgencia	20
Servicios de idiomas y de acceso	11	Servicios no calificados	21
Área de servicio	12	Continuidad de la atención médica	21
Acceso oportuno a servicios de atención médica que no sean de emergencia	12		
Información útil en Internet: lacare.org/es	12		
Declaración de derechos de los miembros	13	Quejas y apelaciones	23
Derechos de los miembros	13	Proceso de quejas de L.A. Care	23
Responsabilidades de los miembros	13	Cómo presentar una queja	23
		Cómo presentar una queja por casos urgentes	24
Cómo obtener atención médica	15	Revisión Médica Independiente	24
Médico de atención primaria (PCP)	15	Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)	25
¿Cuál es la diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito?	15	Elegibilidad e inscripción	26
		Período de inscripción abierta	27
		Inscripción especial	27



**L.A. Care
Covered™
Para todo L.A.**

Responsabilidades de pago 28

¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?	28
Primas mensuales	28
¿Qué son los copagos (otros cargos)?	28
Costos compartidos	29
El deducible anual	29
Máximo de gastos de bolsillo por año	30
Máximo de beneficios del miembro durante toda su vida	30
Obligaciones de los miembros	30
Solicitud de cancelación mediante una notificación por escrito	31
Notificación de cancelación por escrito	31

Beneficios del plan 33

Servicios de acupuntura	33
Cirugía bariátrica	33
Servicios para el cáncer	33
Servicios para abuso de sustancias	34
Cuidados para la diabetes	35
Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico	35
Cuidados de diálisis	36
Equipo médico duradero (DME)	36
Servicios de atención médica de emergencia	36
Servicios de educación de la salud	38
Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	38
Cuidados de maternidad	41
Terapia médica nutricional (MNT)	41
Transporte médico	41
Atención de la salud mental	42
Servicios pediátricos	44
Atención prenatal	45
Medicamentos, suministros y suplementos recetados	45
Servicios de atención médica preventiva	48

Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios	48
Dispositivos protésicos y ortopédicos	49
Servicios para personas transgénero	49
Cirugía reconstructiva	49
Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos	50
Trasplantes	50
Servicios para los Niños de California	51
Exclusiones y limitaciones	51

Información general 55

Participación en el programa de beneficios	55
Notificaciones	55
Cómo se le paga a un proveedor	55
Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura	55
Contratistas independientes	55
Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)	56
Coordinación de beneficios	56
Responsabilidad de terceros	56
Participación en las políticas públicas	56
Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC)	56
Notificación de prácticas de información	57
Ley aplicable	57
Nuevas tecnologías	57
Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones	57
Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros	57
Indivisibilidad del acuerdo	57

Definiciones 58

Números telefónicos importantes 66

Mapa del área de servicio 68

Servicio al cliente

Servicio al cliente

¡Bienvenido!

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

¿Qué es esta publicación?

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

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

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* tendrá vigencia desde el 1º de enero de 2017 (o la fecha

de entrada en vigor de su membresía, si es posterior) hasta el 31 de diciembre de 2017, 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 “Notificación de cancelación por escrito”.

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 de enero de 2017. Le enviaremos un nuevo acuerdo/manual (o publicaremos el nuevo documento en nuestro sitio web si ha optado por recibir estos documentos en línea) que entrará en vigor inmediatamente después de que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* quede sin efecto, o prolongaremos el plazo de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, conforme al proceso de modificación detallado a continuación.

Proceso de modificación

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



**L.A. Care
Covered™**
Para todo L.A.

¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?

Si sigue necesitando asistencia después de familiarizarse con sus beneficios, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327 (TTY 711)** si tiene sordera o deficiencia auditiva.

Nota: Su *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™. 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 y deseamos que siga siendo Miembro de L.A. Care. Es por ello que queremos compartir con usted las medidas que L.A. Care toma para proteger la privacidad de la información médica acerca de usted y su familia.

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

- Utiliza sistemas informáticos seguros.
- Maneja siempre la información médica de la misma manera.

- Revisa la manera en que maneja la información médica.
- Sigue todas las leyes en materia de privacidad de la información médica.

Todos los integrantes del personal de L.A. Care que tienen acceso a su información médica han recibido capacitación sobre las leyes de privacidad y siguen las pautas de L.A. Care. Además, firman un acuerdo en el que 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
- sexo
- fecha de nacimiento
- orientación sexual
- identificación de género
- nivel de educación
- idiomas que habla, lee y escribe
- raza
- origen étnico
- domicilio
- número de teléfono de su casa o trabajo
- número de teléfono celular
- antecedentes médicos

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

- Usted
- 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

Antes de que L.A. Care le proporcione su información médica a otra persona o grupo, necesitaremos su consentimiento por escrito. 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

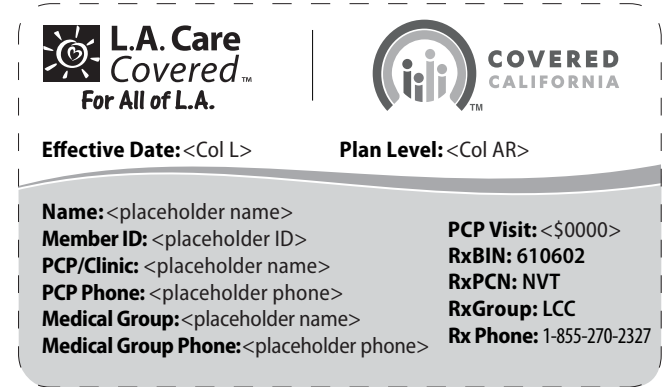
Si tiene alguna pregunta o desea saber más acerca de su información médica, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Tarjeta de identificación

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

[Muestra del borrador]

Anverso



Reverso



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

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

Lista y directorio de proveedores

L.A. Care mantiene una lista actualizada de todos los médicos, hospitales, farmacias y servicios de salud mental de la red de L.A. Care en su sitio web en lacare.org/es. Puede buscar proveedores por área, especialidad, idiomas que hablan y otras características. También puede solicitar un directorio de proveedores llamando al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

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

- Planificación familiar
- Servicios de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia
- Esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del parto
- Tratamientos para la infertilidad
- Aborto

Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame al médico, grupo médico, asociación de consultorios independientes o clínica que tenga pensado elegir, o llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711) para asegurarse de poder obtener los servicios de atención médica que necesite.

Servicios de idiomas y de acceso

Información en otros idiomas y formatos

Usted tiene derecho a recibir los materiales impresos de L.A. Care en cualquiera de los siguientes idiomas: inglés, español y cualquier idioma hablado por 3,000 personas inscritas o al menos el 5% de las personas inscritas en L.A. Care Covered™. También puede solicitar este documento y otros materiales en letra grande u otro formato. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711) para solicitar los documentos en su idioma u otro formato.

Servicios de interpretación sin costo

Usted tiene derecho a contar con los servicios gratuitos de un intérprete incluso un intérprete de lenguaje de señas americano, cuando necesite servicios de atención médica. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Es importante que utilice un intérprete profesional en sus visitas médicas, ya que le ayudará a comunicarse con su médico y a comprender su estado de salud y cómo cuidarse. Un intérprete profesional está capacitado, conoce la terminología médica e interpretará de forma correcta y completa todo lo que se digan entre usted y su médico. El intérprete respetará la confidencialidad y privacidad de la conversación con su médico. No debe usar como intérpretes a amigos ni familiares, especialmente a niños.

Llame al Departamento de 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

Información sobre acceso para personas con discapacidades

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

Ningún consultorio médico, clínica u hospital puede negarle los servicios por tener una discapacidad. Si no puede recibir los servicios que necesita o si le resulta difícil obtenerlos, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Recuerde: Informe al consultorio 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:

- Si cree que le negaron un servicio por su discapacidad o porque no habla inglés
- Si no consigue un intérprete
- Si tiene una queja sobre el intérprete

- Si no puede obtener información en su idioma
- Si no se satisfacen sus necesidades culturales

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

Área de servicio

El área de servicio de L.A. Care Covered™ 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 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). Los servicios de emergencia no necesitan referencia ni autorización de su PCP.

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

Su PCP debe brindarle seguimiento médico cuando salga del hospital.

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

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

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

Comuníquese con la Línea de Enfermería de L.A. Care Health Plan al **1-800-249-3619**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para acceder telefónicamente a servicios de evaluación de la prioridad para recibir atención médica.

Información útil en Internet: lacare.org/es.

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

- Buscar un médico
- Solicitar un cambio de médico
- Informarse sobre sus beneficios
- Conocer las opciones para pagar su prima
- Solicitar documentos y formularios para miembros
- Aprender más sobre sus derechos de privacidad
- Conocer sus derechos y responsabilidades
- Presentar una queja

También puede ver si cumple 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. Ingrese en lacare.org/es y haga clic en “**I Am A Member**” (**Miembros**) para saber qué hacer. (Tenga a mano su tarjeta de identificación, ya que le pediremos su número de identificación de Miembro).

Declaración de derechos de los miembros

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

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

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

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

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

Expresar sus preocupaciones. Tiene derecho a quejarse de L.A. Care, nuestros proveedores o la atención médica

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

Obtener servicios fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir servicios de atención médica de emergencia o de urgencia fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite.

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

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

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

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

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

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

Utilizar la sala de emergencias solo en caso de emergencia. Tiene la responsabilidad de utilizar la sala de emergencias en casos de emergencia o cuando se lo indique su médico o la Línea de Enfermería gratuita de L.A. Care disponible las 24 horas. Si no está seguro de que se trate de una emergencia, puede llamar a su médico o a nuestra Línea de Enfermería gratuita al **1-800-249-3619**.

Denunciar actos indebidos. Usted tiene la responsabilidad de denunciar los casos de fraude en la atención médica o cualquier otro acto indebido a L.A. Care. Lo puede hacer sin proporcionar su nombre llamando a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de L.A. Care al número gratuito **1-800-400-4889**.

Cómo obtener atención médica

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

Médico de atención primaria (PCP)

Lea la siguiente información para saber quiénes o qué grupo de proveedores le pueden brindar atención médica.

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

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

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

Si bien ambos son Miembros de L.A. Care, existe una diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito. Una Persona inscrita es el Miembro que se inscribió en L.A. Care 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: Llame a su PCP.

Paso 2: Explique por qué llamó.

Paso 3: Pida una cita.

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

Las visitas a una clínica o un médico suelen programarse para los días lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Es posible que algunas clínicas o consultorios médicos de L.A. Care ofrezcan citas por la noche y los sábados. Llame al consultorio de su PCP para confirmar el horario de atención, o puede consultar nuestro directorio de proveedores en línea en lacare.org/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 está 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. Este número está disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, para que una enfermera titulada responda sus preguntas de atención médica y evalúe sus inquietudes con respecto a su salud y sus síntomas. Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El PCP o enfermero de L.A. Care responderá sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita ir a la clínica o al consultorio médico.

Si necesita atención médica de urgencia (cuando la condición, enfermedad o lesión no pone en peligro su vida, pero necesita atención médica inmediata), llame o vaya al centro de atención médica de urgencia más cercano. Muchos de los médicos de L.A. Care tienen horarios de atención médica de urgencia por las noches, los fines de semana o los días 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 período de espera más prolongado no tendrá un impacto perjudicial en su salud. El tiempo de reprogramación de las citas se adecuará a sus necesidades de atención médica y garantizará la continuidad de la atención médica.

L.A. Care prestará o coordinará servicios telefónicos de evaluación de la prioridad para recibir atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El tiempo de espera para los servicios telefónicos de evaluación de la prioridad para recibir atención médica no deberá 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 turno en caso de urgencia o emergencia.

Cómo cambiar 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 usted habla.
- La distancia entre el consultorio de un PCP y su hogar. Tratamos de asignarle un PCP dentro de un radio de 10 millas.
- La especialidad del PCP más apropiada para la edad del Miembro.

Si desea cambiar su PCP o el de un Dependiente inscrito, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327 (TTY 711)**. También puede realizar este cambio visitando nuestro sitio web en lacare.org/es. Haga clic en:

- **I Am A Member (Miembros).**
- Siga las instrucciones para cambiar su médico.
- La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes para entrar en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, entrará en vigencia un mes después.
- Si su nuevo PCP trabaja con un PPG diferente, esto también puede cambiar los hospitales, especialistas y otros proveedores de atención médica de los cuales podrá recibir atención médica.

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

Nos enorgullecemos de nuestros médicos y de su capacitación profesional. Llame a L.A. Care al **1-855-270-2327 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta sobre la formación profesional de los médicos y especialistas de nuestra red. L.A. Care puede darle información sobre dónde estudiaron medicina, completaron su residencia u obtuvieron su certificación profesional.

Evaluación de la salud

Al inscribirse en L.A. Care Covered™, 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. Para obtener más información sobre

cómo completar la HA, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Chequeo para Miembros nuevos

Es importante que los Miembros nuevos se hagan un chequeo aunque no estén enfermos. **No olvide programar este chequeo dentro de los primeros tres (3) meses de 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 de L.A. Care.

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

Servicios de obstetricia y ginecología

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

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

Es importante destacar que los servicios proporcionados por un obstetra/ginecólogo o médico familiar fuera del grupo médico del PCP y sin autorización no estarán cubiertos por este plan de beneficios. Antes de programar la cita, debe llamar al consultorio de su PCP o al Departamento de Servicios para los Miembros al número de teléfono indicado en su tarjeta de identificación, para confirmar que el obstetra/ginecólogo pertenezca al PPG. Los servicios

médicos de obstetras/ginecólogos son independientes de los servicios de especialistas descritos más adelante en la sección “*Referencias a médicos especialistas*”.

Referencias y autorizaciones previas

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

Existen diferentes tipos de solicitudes de referencia con diferentes plazos:

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

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

No se necesita autorización previa para los siguientes servicios:

- Servicios de emergencia (consulte la sección “*Servicios de atención médica de emergencia*” para obtener más información)
- Servicios de atención médica preventiva (incluye inmunizaciones)
- Servicios de obstetricia y ginecología dentro de la red

Todos los servicios de atención médica están sujetos a revisión, aprobación o denegación según la necesidad médica. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care si desea una copia de las políticas y los procedimientos utilizados para decidir si un servicio es médicamente necesario. El número es **1-855-270-2327** (TTY 711).

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

- programa residencial para casos de crisis
- servicios hospitalarios de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados
- servicios de recuperación residencial de transición no médicos para pacientes hospitalizados: para salud mental y uso de sustancias
- servicios profesionales (médicos) para pacientes hospitalizados

- servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- hospitalización parcial de pacientes ambulatorios
- evaluación psicológica
- observación psiquiátrica
- tratamiento diurno por abuso de sustancias
- programas de tratamiento intensivo por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- programas de tratamiento intensivo de salud mental para pacientes ambulatorios
- tratamiento médico para la abstinencia de abuso de sustancias
- tratamiento para trastornos de la conducta para trastornos del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo)
- estimulación magnética transcraneal para pacientes ambulatorios
- terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)

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

- servicios de salas de emergencias
- terapia individual
- terapia en grupo
- evaluación diagnóstica
- administración de medicamentos para pacientes ambulatorios
- terapia de reemplazo de opioides
- atención médica de salud mental y por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios
- intervención en casos de crisis

Para obtener más información sobre los servicios que son accesibles sin autorización previa y el proceso general para obtener autorización previa para todos los demás servicios de salud mental y por abuso de sustancias, llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al 1-877-344-2858/1-800 735-2929 (TTY).

Referencias a médicos especialistas

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

Su PCP solicitará la autorización previa si considera que usted debería visitar a un especialista.

Servicios para los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento de condiciones de salud mental y por abuso de sustancias. Su PCP le prestará ciertos servicios para los trastornos de la conducta que estén dentro de los límites de su preparación y experiencia. Cuando necesite servicios para los trastornos de la conducta que excedan los límites de la preparación y experiencia de su PCP, lo enviarán a especialistas en el cuidado para los trastornos de la conducta. Su PCP o usted pueden llamar a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1-877-344-2858/1-800-735-2929** (TTY) para programar una cita. No se necesita autorización previa para recibir la mayoría de los servicios para los trastornos de la conducta para pacientes ambulatorios.

Referencia a proveedores que no sean médicos

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

Referencias permanentes

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

Se necesita autorización previa para una referencia permanente a un especialista o un profesional de la salud calificado. 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 de atención especializada contratado.

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

Segundas opiniones

¿Qué es una segunda opinión?

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

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

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

¿Qué debe hacer?

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

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

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

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

Cómo encontrar una farmacia

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

Para encontrar una farmacia cercana:

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

- **For Members (Miembros)**
- Pharmacy Center (Centro de farmacia)
- Find a Pharmacy (Busque una farmacia)

También puede hacer clic en **How to Get Your Prescriptions Filled** (Cómo surtir sus recetas) para obtener más información.

También puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711) o al Centro de Ayuda de Farmacia al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de identificación del plan para solicitar asistencia.

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

Farmacia de pedidos por correo

El servicio de pedido por correo le permite recibir un suministro para hasta 90 días de sus medicamentos recetados directamente en su hogar. Para obtener formularios para hacer pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame al número gratuito **1-855-270-2327** (TTY 711).

Si usa una farmacia de pedidos por correo que no pertenezca a la red de L.A. Care, sus medicamentos recetados no estarán cubiertos.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

L.A. Care utiliza una lista de medicamentos aprobados para garantizar que usted tenga acceso a los medicamentos recetados más apropiados, seguros y efectivos. El formulario es revisado y aprobado por un comité de médicos y farmacéuticos en forma trimestral, e incluye los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados. Puede ver el formulario en el sitio web de L.A. Care, lacare.org/es. Haga clic en:

- **For Members (Miembros)**
- Pharmacy Center (Centro de farmacia)
- Formulary (Formulario)

También puede llamar al Departamento de 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 español y muchos otros idiomas, o en formatos alternativos 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 pueden aplicarse a los beneficios de farmacia.

El formulario de L.A. Care incluye:

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

Para obtener información sobre las farmacias que ofrecen anticonceptivos de emergencia a través de farmacéuticos certificados sin una receta, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

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

Medicamentos no incluidos en el formulario

Es posible que, a veces, los médicos deban recetarle medicamentos que no están incluidos en el formulario. En estos casos, el médico deberá obtener la autorización de L.A. Care. Para decidir si se cubrirá el medicamento no incluido en el formulario, L.A. Care podrá solicitarle más información al médico o farmacéutico. L.A. Care le responderá al médico o farmacéutico dentro de un plazo de 24 horas o un día hábil después de recibir la información médica solicitada.

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

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

Servicios de atención médica de emergencia y urgencia

Servicios de atención médica de urgencia

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

Cómo recibir atención médica de urgencia

1. Llame a su médico PCP. Es posible que hable con una operadora, quien se encarga de atender las llamadas del consultorio de su médico PCP cuando está cerrado (después del horario de atención habitual, los fines de semana o días festivos).
2. Solicite hablar con su médico PCP o con el médico de turno. Un médico se comunicará con usted. Si su médico 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 festivos.
3. Explique su condición al médico y siga sus instrucciones.

Si se encuentra fuera del condado de Los Ángeles, no necesita llamar a su médico PCP o pedir autorización previa antes de recibir servicios de atención médica de urgencia. Asegúrese de informar a su médico 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:

- enfermedades o síntomas graves repentinos
- lesiones o condiciones que requieran diagnóstico y tratamiento inmediato

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- problemas respiratorios
- convulsiones
- hemorragia abundante
- pérdida del conocimiento/desmayos (la persona no despierta)
- dolor intenso (incluido dolor en el pecho)
- ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- fracturas
- 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 al **1-800-249-3619** para acceder a servicios de evaluación de la prioridad para recibir atención médica, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

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

Si L.A. Care aprueba la continuación de su estadía en el hospital no participante, usted solamente deberá pagar la

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

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

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

Si cree que le facturaron inadecuadamente por servicios posestabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al 1-855-270-2327 (TTY 711).

Servicios no calificados

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

Continuidad de la atención médica

Le enviaremos una carta por correo si su PCP deja de trabajar con L.A. Care. Lo haremos 60 días antes de la fecha en que su PCP deje de trabajar con L.A. Care. Usted puede pedir que lo siga atendiendo este médico (lo que incluye especialistas y hospitales) si el médico está de

acuerdo y le ha brindado tratamiento para alguno de los siguientes casos:

- Una condición aguda: durante el tiempo que dure la condición.
- Una condición crónica grave (a largo plazo): durante el período necesario para terminar el tratamiento y organizar una transferencia segura a otro proveedor.
- Embarazo: incluye el resto del embarazo y la atención médica inmediatamente posterior al parto.
- Enfermedades/condiciones terminales: durante el tiempo que dure la enfermedad.
- Niños desde el nacimiento hasta los 36 meses: por un período de 12 meses como máximo.
- La realización de una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por el plan como parte de un tratamiento documentado.

Los Miembros nuevos también pueden solicitar que los siga atendiendo su médico u hospital actual para estas condiciones si acaban de inscribirse en L.A. Care. Si tiene alguna de las condiciones mencionadas, pregúntele a su médico si puede seguir atendéndose con él. También puede llamar a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327 (TTY 711)** para averiguar cómo solicitar la continuidad de la atención médica.

Debe saber que el beneficio de continuidad de la atención médica no se aplicará si:

1. Usted es un Miembro nuevo de L.A. Care y su plan de salud anterior le ofreció seguir recibiendo atención médica a través de un proveedor fuera de la red. *O*
2. Usted tuvo la opción de seguir recibiendo atención médica a través de su proveedor anterior, pero decidió cambiar de plan de salud.

Es posible que se exija a los médicos no participantes de L.A. Care que acepten los mismos términos y condiciones que se aplican a los proveedores participantes. Si el médico no acepta los términos y condiciones, L.A. Care no tendrá la obligación de utilizar sus servicios.

Quejas y apelaciones

Proceso de quejas de L.A. Care

¿Qué hacer si no estoy satisfecho?

Si no está satisfecho, tiene problemas o tiene preguntas sobre el servicio o la atención médica que se le ha proporcionado, puede comunicarse con su PCP e informárselo. 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 un proceso que se realiza por escrito y queda registrado. Quizás no esté conforme con los servicios de atención médica recibidos o con el tiempo que tuvo que esperar para recibir un servicio, y tiene derecho a quejarse. 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 (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 completar el formulario de queja por teléfono o en persona. Si necesita servicios de interpretación, trabajaremos con usted para asegurarnos de que podamos comunicarnos con usted en un idioma que pueda comprender.

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, en un plazo de 30 días consecutivos a partir de la recepción de su queja, recibirá una carta de L.A. Care donde le explicarán la resolución de la queja.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo presentar una queja por casos urgentes

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

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

Si su queja es urgente, puede solicitar una “revisión acelerada” de su queja. Recibirá una llamada o carta acerca de su queja en 24 horas. L.A. Care tomará una decisión dentro de los tres días consecutivos (o 72 horas) siguientes a la fecha en que se reciba su queja.

Tiene derecho a presentar una queja urgente ante el DMHC sin presentar una queja ante L.A. Care. Para

obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “*Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)*”.

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

Si L.A. Care no se comunica con usted dentro de un plazo de tres días consecutivos (o 72 horas), 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)*”.

Revisión Médica Independiente

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) al DMHC. Usted dispone de un plazo de hasta seis meses a partir de la fecha de denegación para solicitar una IMR. Recibirá información sobre cómo solicitar una IMR con su carta de denegación. Las cartas de resolución de quejas también incluyen información sobre la solicitud de una IMR y se adjuntará a la carta de resolución de quejas una copia del formulario de solicitud de la IMR o un sobre dirigido al DMHC. Puede comunicarse al DMHC llamando a la línea gratuita al **1-888-HMO-2219** o **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.
- 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.
- Usted presentó una queja ante L.A. Care y le siguen denegando, modificando o demorando el servicio de atención médica, o no se ha solucionado la queja después de un plazo de 30 días.

Antes de solicitar una IMR, debe seguir el proceso de quejas de L.A. Care. En casos especiales, es posible que el DMHC no le pida que siga el proceso de quejas de L.A. Care antes de solicitar una IMR.

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

Casos no urgentes

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

Casos urgentes

Si su queja es urgente y requiere una revisión rápida, usted puede comunicarse 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 (DMHC)

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 al **711** para personas con sordera y deficiencias auditivas) 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 período de más de 30 días, puede llamar al DMHC para solicitar asistencia. Además, es posible que pueda solicitar una IMR. De ser así, el proceso de la IMR llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento de Atención Médica Administrada tiene un número de teléfono gratuito, **1-888-HMO-2219**, para recibir quejas relacionadas con los planes de salud. Las personas con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar la línea TTY/TDD 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 el número de TTY gratuito que figura en “*Cómo presentar una queja*” si tiene problemas auditivos. Con su consentimiento por escrito, su médico también puede presentar una apelación en su nombre.

Elegibilidad e inscripción

Requisitos de elegibilidad de los miembros

Para participar en L.A. Care Covered™, 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

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. Existen dos tipos nuevos de programas disponibles a partir del 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 nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711) o con Covered California al **1-888-975-1142** 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, 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** 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.

Período de inscripción abierta

El período de inscripción abierta para nuestros Miembros de Planes de Salud Calificados (*Qualified Health Plans*, QHP) comienza el 1 de noviembre de 2015 para la cobertura que comienza el 1 de enero del año calendario siguiente. Los períodos de inscripción abierta están sujetos a cambios anualmente según las pautas federales y estatales. Durante este período, nuestros Miembros pueden agregar dependientes elegibles, informar cambios demográficos, cambiar de compañía de seguros o cambiar de plan de beneficios mediante la actualización de su solicitud 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 período de inscripción y las medidas que necesite tomar, si corresponde.

Cobertura para recién nacidos

Un niño recién nacido del Suscriptor o su cónyuge tiene cobertura automáticamente a partir del momento de su nacimiento hasta su día número 30 de vida. Para que su cobertura continúe después del día 30 de nacimiento, debe inscribir a su hijo dentro de los primeros 31 días a partir del nacimiento presentando una solicitud de inscripción para Covered California y pagar cualquier cargo de inscripción aplicable. Si no inscribe a su hijo dentro de los primeros 31 días de su nacimiento, su hijo será elegible para inscribirse en un periodo de inscripción especial dentro de los primeros 60 días de su nacimiento.

Inscripción especial

Si no se inscribe cuando sea elegible por primera vez y luego desea inscribirse, solamente podrá hacerlo si es elegible debido a que ha experimentado determinados eventos calificados de la vida, 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 la vida incluyen, a modo de ejemplo: una persona o un dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima, o una persona que no tenía la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense o no era residente legal de los Estados Unidos pasa a tener dicha condición. Visite www.coveredca.com para obtener una lista de todos los eventos calificados de la vida o llame a Covered California™ al **1-800-300-1506** (TTY/TDD **1-888-889-4500**).

También hay períodos de inscripción especial mensuales para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Comuníquese con nuestra Unidad de Inscripciones de L.A. Care Covered™ al **1-855-222-4239** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta sobre estos períodos de inscripción especial o sobre otros eventos calificados de la vida.

Para reunir los requisitos para el período de inscripción especial, debe solicitar la cobertura dentro de los sesenta (60) días del evento calificado de la 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 identificación del plan de salud que incluye la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Luego del primer mes, la Persona inscrita deberá enviar los pagos de las primas directamente a L.A. Care.

Cómo agregar dependientes a su cobertura

Si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 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. 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** 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 L.A. Care Covered™, recibirá una factura de la prima mensual por correo postal o por correo electrónico, si lo prefiere. Para recibir la notificación de su 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.º) día del mes siguiente. Si no recibimos su pago correspondiente a la primera prima antes del 1.º día del mes para la cobertura que comienza el mismo mes, se considerará que su pago está vencido y se le enviará una notificación de cancelación (por ejemplo: si no recibimos su pago antes del 1 de febrero para la cobertura que comienza el 1 de febrero). Consulte la sección “Cancelación de L.A. Care por falta de pago de la cuota” incluida más adelante para obtener más información.

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. Realice el pago de sus primas 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 los estados de cuenta de sus primas 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**.

¿Qué son los copagos (otros cargos)?

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

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

- inmunizaciones
- chequeos de rutina para niños
- Consulte la sección “Exclusiones y limitaciones” de este Manual para Miembros para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos sin cargo, o llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Costos compartidos

Reglas generales, ejemplos y excepciones

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

- Si está recibiendo servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos o servicios de hospitales de enfermería cubiertos en la fecha de entrada en vigor de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, usted deberá pagar el costo compartido que estaba vigente en su fecha de admisión hasta que sea dado de alta si los servicios estaban cubiertos por su plan de salud anterior y no hubo ninguna interrupción en la cobertura. No obstante, si los servicios no estaban cubiertos por su plan de salud anterior, o si hubo una interrupción en la cobertura, usted deberá pagar el costo compartido vigente en la fecha en que reciba los servicios.
- Para los artículos pedidos por anticipado, usted deberá pagar el costo compartido vigente en la fecha del pedido (aunque solo cubriremos el artículo si sigue teniendo cobertura para dicho artículo en la fecha en que lo reciba) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando pida el artículo. Para los medicamentos recetados en consulta externa, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información necesaria para surtir el grupo de medicamentos.

Cuándo podría recibir una factura

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

- Usted recibe servicios durante su visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si 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 que recibiera 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.

El deducible anual

El deducible anual es la cantidad que usted debe pagar durante el año calendario por determinados servicios cubiertos, antes de que L.A. Care cubra estos servicios con el copago o coseguro aplicable en ese año calendario. El deducible se basa en las tarifas contratadas de L.A. Care

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

Máximo de gastos de bolsillo por año

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

Pagos que se computan para el máximo

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

Cómo llevar un registro del máximo

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

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

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

Máximo de beneficios del miembro durante toda su vida

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

Obligaciones de los miembros

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

Los Miembros son elegibles únicamente para recibir servicios de atención médica que sean servicios cubiertos del Plan de Salud Calificado (QHP) individual y familiar. Aunque su médico le recomiende recibir servicios de atención médica que no sean servicios cubiertos, dichos servicios no constituirán beneficios del plan cubiertos para los Miembros. Los Miembros pueden recibir únicamente los servicios cubiertos descritos en este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros. Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles son los servicios cubiertos, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Cancelación de los beneficios

La membresía de una Persona inscrita en L.A. Care Covered™ 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 el plan de beneficios 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 una 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 que trate deshonestamente de que L.A. Care pague por los beneficios proporcionados.

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

La membresía de una Persona inscrita no se cancelará, bajo ninguna circunstancia, debido a su estado de salud o a la necesidad de servicios de atención médica. Toda Persona inscrita que crea que su membresía se ha cancelado debido a su estado de salud o a sus necesidades de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de la cancelación al Departamento de Atención Médica Administrada de California. Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Cancelación debido al retiro de este plan de beneficios

L.A. Care puede poner fin a este plan de beneficios. De ser así, se le enviará una notificación por escrito con 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:

- a. 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;
- b. 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;
- c. la fecha y horario de entrada en vigor de la cancelación o no renovación; y
- d. 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 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima. Le enviaremos una notificación de cancelación por escrito al menos 30 días antes de la fecha de cancelación. Usted deberá pagar todas las primas devengadas mientras la cobertura de este plan de beneficios siga vigente, incluidas aquellas devengadas durante este período de gracia de 30 días. La Notificación de confirmación de cancelación de la cobertura le informará lo siguiente:

- a. que su cobertura se ha cancelado, y los motivos de la cancelación;
- b. la fecha y horario específicos de finalización de la cobertura para usted y todos sus Dependientes inscritos; y
- c. su derecho a solicitar la revisión de la cancelación. La notificación también le informará que si cree que se ha cancelado inadecuadamente su membresía o la membresía de un Dependiente en el plan de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). La carta incluirá toda la información de contacto del DMHC.

Período 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.º) mes del período de gracia (el “Período de gracia”). La notificación le explicará que tiene un período de gracia de tres (3) meses para realizar la totalidad de sus pagos antes de la cancelación. El Período 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 Período de gracia. Durante los meses dos (2) y tres (3) del Período 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 Período 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 Período de gracia de tres (3) meses.

Si no ha pagado sus primas completas antes del último día del tercer mes, dentro de los cinco (5) días hábiles de haber cancelado 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 Período de gracia de tres (3) meses, su cobertura se restituirá con vigencia retroactiva a partir del primer (1.º) día del primer (1.º) mes del Período de gracia. Si usted no restituye su cobertura a más tardar al final del 3.º mes del Período de gracia, será responsable del costo de cualquier servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) del Período de gracia.

Si su cobertura se cancela fuera del período 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 período 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 período 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 período 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 **1-800-300-1506/1-888-889-4500 (TTY/TDD)** 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 período de inscripción abierta, podrá volver a solicitarla. Si su cobertura se cancela una vez finalizado el período de inscripción abierta, podrá solicitar la cobertura si tiene un evento calificado de la vida según lo descrito en este Manual para Miembros.

Beneficios del plan

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

Servicio de Acupuntura

Generalmente, los servicios de acupuntura se proporcionan solo para tratar las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para tratar el 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 del cáncer

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

- Pruebas de detección del cáncer en general

- Pruebas de detección del cáncer cervical
 - pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH)
 - vacunas del VPH, como por ejemplo, Gardasil® para niñas y mujeres jóvenes de 9 a 26 años
- Mamografías para detectar el cáncer de seno
- Pruebas de detección del cáncer de próstata
- Servicios de dietilestilbestrol

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

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

Estudios clínicos sobre el cáncer

Si tiene cáncer, quizás pueda participar en un estudio clínico sobre el cáncer. Un estudio clínico sobre el cáncer es un estudio de investigación que se hace con enfermos de cáncer para determinar si un tratamiento o medicamento nuevo para el cáncer es seguro y sirve para tratar el tipo de cáncer que afecta al miembro. Cuando el médico de L.A. Care o el proveedor a cargo de su tratamiento le den una referencia para un estudio clínico sobre el cáncer, el estudio deberá cumplir determinados requisitos. Deberá tener probabilidades significativas de beneficiarse y deberá contar con la aprobación de una de las siguientes instituciones: el Instituto Nacional de la Salud (*National Institute of Health*, NIH), la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA), el

Departamento de Defensa de los EE. UU. (*U.S. Department of Defense*) o la Administración de Veteranos de los EE. UU. (*U.S. Veteran's Administration*). 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.

Exclusiones de servicios asociados con estudios clínicos

- 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 IMR de la denegación. Puede obtener más información sobre esto en la sección “*Qué hacer si no estoy satisfecho*”.

Servicios para abuso de sustancias

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

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

Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

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

- Programas de tratamiento diurno
- Programas ambulatorios intensivos
- Tratamiento y asesoría individual y grupal para farmacodependencia
- Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia

Los servicios cubiertos adicionales incluyen:

- Evaluación y tratamiento individual de trastornos por abuso de sustancias

Grupo adicional especialista en abuso de sustancias

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

Servicios de recuperación residenciales de transición

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

Exclusión de los servicios por abuso de sustancias

Las exclusiones no se aplican a los servicios prestados por profesionales de salud mental que estén permitidos conforme a la ley de California para el tratamiento de los trastornos de la conducta

- Terapias alternativas, a menos que recién se haya aprobado el tratamiento como una práctica basada en la evidencia.
- Biorretroalimentación, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y lo haya recetado un médico y un cirujano con licencia o un psicólogo.
- Servicios proporcionados por personas sin licencia

Servicios dentales y ortodóncicos

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

Servicios dentales para radioterapia

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

Anestesia dental

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

- Usted es menor de 7 años, o tiene una discapacidad del desarrollo, o su salud está comprometida.
- Debido a su estado clínico o una condición médica subyacente, el procedimiento dental debe proporcionarse en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio.

- Habitualmente no sería necesario administrar anestesia general para el procedimiento dental.

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

Servicios dentales y ortodóncicos para paladar leporino

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

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

Costos compartidos para servicios dentales y ortodóncicos

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

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

Cuidados para la diabetes

Cubre los siguientes servicios para diabéticos cuando son médicamente necesarios:

- Suministros para pruebas de diabetes en orina y dispositivos para la administración de insulina: cubrimos las tiras reactivas para medición de la cetona y los comprimidos para pruebas de acetona o azúcar o las cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina.
- Dispositivos para la administración de insulina: 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 “Medicamentos, suministros y suplementos recetados”.
- Dispositivos podiátricos (como calzado especial o plantillas) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.
- Capacitación y educación de la salud para el autocontrol de la enfermedad.
- Educación de la familia para el autocontrol de la enfermedad.

Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico

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

- Servicios de diagnóstico por imágenes que sean servicios de atención médica preventiva:
 - mamografías preventivas
 - pruebas preventivas de detección de aneurismas aórticos
 - tomografías computarizadas de densidad ósea
 - densitometrías óseas
- Todas las demás tomografías computarizadas y todas las resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones están cubiertas.
- La medicina nuclear está cubierta.

Análisis de laboratorio

- Análisis de laboratorio para monitorear la eficacia de la diálisis.
- Pruebas de sangre oculta en las heces.
- Análisis de laboratorio y pruebas de detección de rutina que sean servicios de atención médica preventiva, como pruebas preventivas de detección del cáncer cervical, pruebas de antígenos específicos de la próstata, análisis de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de detección de diabetes (pruebas de glucosa en sangre en ayunas), determinadas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de VIH.
- Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas pruebas de trastornos genéticos específicos, para las que se dispone de asesoría genética).
- Angiografías de retina preventivas de rutina.

- Todos los demás procedimientos de diagnóstico proporcionados por proveedores participantes que no sean médicos (como ECG y EEG).
- Radioterapia.
- Tratamientos con luz ultravioleta.

Cuidados de diálisis

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

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

Los siguientes son servicios cubiertos relacionados con la diálisis:

- Cuidados de diálisis para pacientes hospitalizados
- Tratamiento de hemodiálisis en un establecimiento del plan
- Todas las demás consultas, exámenes y tratamientos en consulta externa

Exclusiones:

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

Equipo médico duradero (DME)

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

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

- Está destinado al uso reiterado
- Por lo general se usa principalmente para un fin médico

- Generalmente no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión
- Es apropiado para usarlo en el hogar

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

Los ejemplos de DME incluyen:

- Para pruebas de diabetes en sangre, monitores de glucosa en sangre y sus suministros (como tiras reactivas para monitores de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de lancetas)
- Bombas para infusión (como bombas de insulina) y suministros para operar la bomba
- Medidores del flujo máximo
- Poste para infusión intravenosa
- Estimulador óseo
- Tracción cervical (para puerta)

Exclusión de equipo médico duradero

Equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo.

Servicios de atención médica de emergencia

L.A. Care cubre los servicios de atención médica de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las visitas a salas de emergencias están cubiertas y el copago, si lo hubiere, no se aplica si es admitido en el hospital. Los servicios de atención médica de emergencia son servicios cubiertos médicamente necesarios, que incluyen servicios de ambulancia y de salud mental, que una persona prudente sin conocimiento especializado consideraría de buena fe que son necesarios para resolver o aliviar:

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

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- problemas respiratorios
- convulsiones

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

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

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

Servicios de emergencia fuera del área de servicio

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

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

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

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

Si L.A. Care notificó al hospital no participante que usted puede ser trasladado sin riesgos a uno de sus hospitales

participantes, L.A. Care coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante.

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

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

Si cree que le facturaron inadecuadamente por servicios posestabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327** (TTY 711).

Planificación familiar

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

- Su PCP
- Clínicas
- Enfermeras parteras certificadas y enfermeras con práctica médica certificadas
- Especialistas en obstetricia y ginecología

Entre los servicios de planificación familiar se incluyen asesoría, educación de los pacientes sobre los anticonceptivos, la ligadura de trompas (esterilización) 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

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

Los miembros de L.A. Care Covered™ también pueden inscribirse en nuestros programas de salud y bienestar: el **Programa para un estilo de vida saludable** y el **Programa para dejar de fumar**.

El **Programa para un estilo de vida saludable de L.A. Care** promueve el bienestar de todo el cuerpo y puede ayudarle a superar los obstáculos que le impiden mantenerse en forma. Los servicios del programa incluyen:

- Materiales útiles de educación de la salud
- Herramientas y recursos interactivos en línea
- Talleres entretenidos e interesantes
- Cupones de Weight Watchers
- Acceso a un Programa de Control Virtual del Estilo de Vida (*Virtual Lifestyle Management, VLM*) en línea.

El **Programa para dejar de fumar de L.A. Care** le ayuda (si tiene 18 años o más) a vivir sin fumar, un día a la vez. Los servicios del programa incluyen:

- Materiales educativos para ayudarle a dejar de fumar
- Herramientas y recursos útiles en línea
- Acceso a la Línea de Ayuda para Fumadores de California

- Un consejero de salud personal

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

Todos los recursos y servicios de educación de la salud son gratuitos. 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 auxiliares de atención médica en el hogar no cuentan con cobertura, a menos que usted también esté recibiendo servicios de salud en el hogar cubiertos de un enfermero, fisioterapeuta,

terapeuta ocupacional o terapeuta del habla que solo un proveedor con licencia pueda proporcionar).

- Un proveedor participante determina que es factible mantener una supervisión y un control eficaz de su atención médica en su hogar, y que los servicios pueden proporcionarse de forma segura y eficaz en su hogar.
- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra área de servicio.

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

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

Exclusiones:

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

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para brindar cuidados paliativos y para aliviar el malestar físico, emocional y espiritual de un Miembro que está atravesando las últimas fases de la vida debido a una enfermedad terminal. También brindan apoyo a la principal persona a cargo del cuidado del Miembro y a la familia del Miembro. Los Miembros que optan por recibir estos servicios, eligen recibir cuidados paliativos para el dolor y otros síntomas

asociados con una enfermedad terminal, pero no recibir atención médica para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

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

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

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

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

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

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

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

- Habitación y comida, incluida una habitación privada si es médicamente necesario.
- Atención médica especializada y unidades de cuidados críticos.
- Atención de enfermería general y especial.
- Quirófano y sala de recuperación.
- Servicios de médicos participantes, incluidas las consultas y los tratamientos brindados por especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para los medicamentos para el alta recetados cuando sea dado de alta del hospital, consulte la sección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados*” 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 ortodóncicos
- Cuidados de diálisis
- Cuidados paliativos
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Cirugía reconstructiva
- Atención de enfermería especializada
- Servicios de trasplante

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

Atención de enfermería especializada

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

El período de beneficios comienza en la fecha en que usted es admitido en un hospital o un hospital de enfermería en un nivel especializado de atención. El período de beneficios finaliza en la fecha en que usted deje de estar hospitalizado en un hospital o un hospital de enfermería, recibiendo un nivel especializado de atención, durante 60 días consecutivos. Para que comience un nuevo período de beneficios debe haber finalizado el período de beneficios existente. No 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 en consulta externa

Exclusión: Cuidado de custodia

Cuidados de maternidad

- L.A. Care cubre todas las visitas antes de la concepción y prenatales.
- Los servicios de parto y hospitalización están cubiertos.
- Los cuidados de maternidad incluyen lo siguiente:
 - Visitas regulares al médico durante el embarazo (denominadas visitas prenatales).
 - Servicios de atención médica ambulatoria.
 - Pruebas de diagnóstico y genéticas, como por ejemplo: 1) prueba de alfa-fetoproteína; 2) prueba de detección de diabetes gestacional.
 - Asesoría nutricional; apoyo, suministros y asesoría para la lactancia materna.
 - Atención médica durante el trabajo de parto y el parto.
 - Atención médica seis (6) semanas después del parto (denominada atención posparto).
 - Atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas por un período mínimo de 48 horas en caso de parto vaginal normal, o de 96 horas en caso de parto por cesárea. La cobertura de 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 médica nutricional (MNT)

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

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

Transporte médico

Servicios de ambulancia en caso de emergencia

Transporte de emergencia para miembros que creen que es necesario a fin de resolver o aliviar enfermedades o síntomas graves y repentinos, o lesiones o condiciones que requieran diagnóstico y tratamiento inmediato. El traslado en ambulancia al primer hospital que acepte al miembro para brindarle atención médica de emergencia está cubierto. Esto incluye la ambulancia y los servicios de traslado en ambulancia proporcionados a través del sistema de respuesta de emergencia 911.

Servicios de ambulancia para casos que no sean de emergencia

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

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

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

Exclusión de servicios de ambulancia

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

Atención de la salud mental

Cubrimos los servicios especificados en esta sección de *“Cuidado 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” en la 4.a edición del *“Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales”* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), que altera o afecta de modo clínicamente significativo el funcionamiento mental, emocional o conductual. No cubrimos los servicios para condiciones que el DSM identifique como algo distinto de un “trastorno mental”. Por ejemplo, el DSM identifica los problemas vinculares como algo distinto de un “trastorno mental”. Por lo tanto, no cubrimos los servicios (como asesoría para parejas o asesoría familiar) para problemas vinculares.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

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

“Trastornos mentales” incluye las siguientes condiciones:

- Enfermedad mental grave (Severe Mental Illnesses, SMI) de una persona de cualquier edad. “Enfermedad mental grave” se refiere a los siguientes trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad manícodepresiva), trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- Un “trastorno emocional grave” de un menor de 18 años se refiere una condición identificada como “trastorno mental” en la edición más reciente del DSM, que no sea un trastorno por abuso de sustancias primario ni un trastorno del desarrollo, que provoca una conducta inadecuada para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas, si el menor también cumple al menos uno de los siguientes tres criterios:
 - Como resultado del trastorno mental, (1) el menor tiene sustancialmente afectadas al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares o capacidad para desenvolverse en la comunidad; y (2) o bien (a) el menor corre riesgo de que se lo retire de su hogar o ya ha sido retirado, o (b) el trastorno o problema mental ha estado presente durante más de seis meses o es muy probable que continúe durante más de un año sin tratamiento.
 - El menor presenta características psicóticas, o riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental.
 - El menor 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 de salud mental para pacientes hospitalizados en hospitales participantes.
- Atención residencial de transición no médica para pacientes hospitalizados: para salud mental y por abuso de sustancias.
- Tratamiento a corto plazo en un programa residencial para casos de crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia y con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda.

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

Servicios de salud mental en consulta externa

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

- Terapia individual y grupal, evaluación de la salud mental, tratamiento y atención médica
- Pruebas psicológicas cuando son necesarias para evaluar un trastorno mental
- Administración de medicamentos

Los servicios cubiertos adicionales incluyen:

- Tratamiento grupal de la salud mental
- Hospitalización parcial en consulta externa
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

Tratamiento para trastornos de la conducta para trastornos del espectro autista

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

participante y los servicios BHT deben proporcionarlos proveedores participantes.

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

“El tratamiento para los trastornos de la conducta” se define de la siguiente manera: servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención en el comportamiento basada en evidencias, que desarrollen o recuperen, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con un trastorno del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo). Para obtener información adicional, llame a la Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta al **1-877-344-2858/1-800 735-2929 (TTY)**.

Exclusiones y limitaciones

- Terapias alternativas, a menos que el tratamiento recién se haya aprobado como una práctica basada en la evidencia y sea recetado por un médico y un cirujano con licencia o por un psicólogo con licencia como tratamiento para trastornos de la conducta para trastornos del espectro autista, cuando el tratamiento se proporcione en el marco de un plan de tratamiento administrado por proveedores de servicios de autismo calificados.
- Biorretroalimentación, a menos que el tratamiento sea médicamente necesario y lo hayan recetado un médico y un cirujano con licencia o un psicólogo.
- Atención médica no especializada que pueda ser proporcionada de forma segura y eficaz por familiares (independientemente de que los familiares estén o no disponibles para brindar dichos servicios) o personas sin licencia o sin la presencia de un enfermero supervisor con licencia, a excepción de los servicios de ama de casa autorizados para cuidados paliativos, y a excepción del tratamiento para la salud de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificado o un paraprofesional de servicios de autismo calificado para el tratamiento de trastornos generalizados del desarrollo o del autismo.

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

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

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

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

Suministros para estoma y urológicos

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

- Adhesivos: líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla.
- Fajas para estoma.
- Fajas para hernia.
- Sondos.
- Bolsas/botellas para drenaje: para la cama y la pierna.
- Suministros para vendaje.
- Lubricantes.
- Suministros varios: conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes para estoma; dispositivos de sujeción de sondas de drenaje; cinta adhesiva para tapas para estoma; conectores para colostomía; conectores para estoma; jeringas de irrigación, bulbos y pistones; tubos; abrazaderas para sondas, correas para pierna y dispositivos de soporte; abrazaderas peneanas o uretrales y dispositivos de compresión.
- Bolsas: urinarias, para drenaje, para estoma.
- Barreras cutáneas.

- Cinta adhesiva: todos los tamaños, impermeables y no impermeables.

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

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

Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios en establecimientos ambulatorios

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

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

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

Servicios pediátricos

Atención médica pediátrica para el asma

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

Atención dental pediátrica

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

Los beneficios dentales son proporcionados por Liberty Dental a través de su amplia red de proveedores dentales. Si desean información sobre los proveedores, los miembros pueden llamar a Liberty Dental al **1-888-700-5243 (TTY/TDD 1-877-855-8039)**.

Los beneficios cubiertos incluyen:

- Atención preventiva y de diagnóstico, lo que incluye exámenes orales, limpiezas preventivas, selladores y aplicación tópica de flúor
- Servicios dentales básicos y de gran envergadura, lo que incluye empastes de amalgama, tratamientos de conducto y servicios de extracción
- Servicios de ortodoncia

Coordinación de beneficios de atención dental pediátrica

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

Atención oftalmológica pediátrica

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

Los beneficios de la vista se proporcionan a través de VSP, cuya amplia red nacional de proveedores ofrece atención oftalmológica profesional a los miembros cubiertos por planes colectivos de atención oftalmológica. Si no puede encontrar un proveedor accesible, llame gratis a VSP al **1-800-877-7195**, y un representante de servicio al cliente le ayudará a encontrar otro proveedor. Los beneficios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Examen de la vista, que incluye dilatación si se indica
- 1 (un) par de anteojos recetados por año o lentes de contacto
- Lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de: queratocono, miopía patológica,

afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular

- Servicios para visión disminuida

Atención prenatal

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

- Suplementos vitamínicos prenatales
- Pruebas de diagnóstico y genéticas

Medicamentos, suministros y suplementos recetados

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

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

Cómo obtener los artículos cubiertos

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

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

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

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos en consulta externa

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

- Anticonceptivos orales
- Pastillas anticonceptivas de emergencia
- Anillos anticonceptivos
- Parches anticonceptivos
- Capuchones cervicales
- Diafragmas

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

Medicamentos y suplementos preventivos

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

- Aspirina
- Suplementos de ácido fólico para mujeres embarazadas
- Suplementos de hierro para niños
- Suplementos de flúor para niños
- Medicamentos y productos para dejar de consumir tabaco, hasta un suministro para 180 días

Todos los demás medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa

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

- Medicamentos para los que la ley exige una receta y determinados medicamentos que no requieren una

receta si están incluidos en nuestro formulario de medicamentos

- Agujas y jeringas necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos

Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos en consulta externa

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

A continuación, se proporciona un rango general de costo compartido para estos artículos. Para obtener una explicación del deducible de los medicamentos, consulte “Deducible de los medicamentos” en esta sección:

- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 1 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - o De \$0 a \$15 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro para hasta 30 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 1 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:
 - o De \$0 a \$30 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 90 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 2 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - o De \$0 a \$50 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 30 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 2 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos

anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:

- o De \$0 a \$100 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 90 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 3 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - o De \$0 a \$70 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 30 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 3 (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) a través de nuestro servicio de pedidos por correo:
 - o De \$0 a \$140 o coseguro del 100% (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 90 días.
- Sujeto al deducible para medicamentos, si corresponde, artículos del Nivel 4 o medicamentos de especialidad (excepto los descritos previamente en las secciones “Medicamentos anticonceptivos para pacientes ambulatorios” y “Medicamentos y suplementos preventivos”) en una farmacia del plan:
 - o Costo compartido de \$0 a \$500 (según su plan de beneficios). Costo compartido para un suministro de hasta 30 días.

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

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 en consulta externa”).

Si un medicamento requiere la administración u observación a cargo de personal médico y se le administra

en un consultorio médico del plan o durante visitas domiciliarias, no necesitará alcanzar el deducible para medicamentos para los siguientes artículos:

- Productos con aminoácidos modificados utilizados para tratar errores congénitos del metabolismo de aminoácidos (como la fenilcetonuria)
- Medicamentos de quimioterapia para el cáncer y determinados complementos fundamentales después de un diagnóstico de cáncer
- Determinados medicamentos para el tratamiento de arritmias ventriculares que pongan en peligro la vida
- Diafragmas y capuchones cervicales
- Medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
- Fórmula de nutrición enteral elemental cuando se utiliza como terapia primaria de la enteritis regional
- Pastillas anticonceptivas de emergencia
- Agentes hematopoyéticos para diálisis y para el tratamiento de la anemia en la insuficiencia renal crónica
- Hormona de crecimiento humana para el tratamiento a largo plazo de pacientes pediátricos con un retraso del crecimiento debido a la secreción insuficiente de la hormona de crecimiento endógena
- En conexión con un trasplante, inmunosupresores y ganciclovir y promedicamentos de ganciclovir para el tratamiento del citomegalovirus
- Heparina de bajo peso molecular para la terapia aguda de trastornos 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”).

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

Cubrimos sin cargo (copago de \$0):

- Tiras para medición de la cetona
- Comprimidos para pruebas de acetona
- Cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina

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

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

Cubrimos una amplia variedad de servicios de atención médica preventiva. Los exámenes médicos periódicos incluyen todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina. Esto incluye, a modo de ejemplo:

- Exámenes médicos periódicos de mantenimiento, lo que incluye exámenes femeninos de rutina
- Inmunizaciones, conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/ Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*)
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Exámenes citológicos, en forma periódica y razonable
- Otras inmunizaciones apropiadas según la edad
- Vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Servicios para osteoporosis
- Exámenes oftalmológicos:
 - Examen de rutina
 - Refracciones oculares para determinar la necesidad de lentes correctivos
 - Exámenes de fondo de ojo
- Educación de la salud

- Todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas, como por ejemplo:
 - Pruebas de detección del cáncer de seno
 - Pruebas de detección del cáncer de próstata
 - Pruebas de detección del cáncer en general
 - Servicios de mamografía
 - Pruebas de detección del cáncer cervical
 - Servicios de dietilestilbestrol
- Atención médica de rutina para bebés durante los primeros dos años de vida, lo que incluye:
 - Visitas al hospital para recién nacidos y pruebas de detección para recién nacidos
 - Exámenes médicos para recién nacidos y otras visitas al consultorio, conforme a las últimas recomendaciones para Atención médica pediátrica preventiva, adoptadas por la Academia Estadounidense de Pediatría; y conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)

Exclusiones

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

Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios

Cubrimos las consultas y los servicios médicamente necesarios brindados por médicos u otros proveedores de atención médica con licencia que actúen dentro del ámbito de su licencia, y las visitas a un consultorio profesional, a un hospital para pacientes hospitalizados, a un hospital de enfermería, a domicilio, a un centro de cuidados paliativos y de atención médica de urgencia, cuando sean médicamente necesarias. Su costo compartido variará según el tipo de proveedor que consulte, el lugar donde reciba los servicios y el alcance de los servicios que reciba.

- La mayoría de las consultas, exámenes y tratamientos proporcionados por especialistas
- Consultas a otros profesionales (asistente médico, enfermera con práctica médica)
- Exámenes físicos de mantenimiento de rutina
- Exámenes de rutina preventivos para niños (hasta los 23 meses)

- Consultas de atención médica de urgencia
- Fisioterapeuta – Salud en el hogar
- Fisioterapeuta – En el hospital como paciente en consulta externa

Dispositivos protésicos y ortopédicos

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

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

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

Dispositivos implantados

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

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla luego de la extirpación total o parcial de la laringe (esta cobertura no incluye las máquinas electrónicas para producir la voz, que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, lo que incluye:
 - Prótesis a medida cuando sean médicamente necesarias
 - Hasta tres sostenes o corpiños necesarios para sostener una prótesis cada 12 meses

- Dispositivos podiátricos (como calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras, y vendas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para Miembros que necesitan alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que se ha extirpado o ha quedado afectada como resultado de una enfermedad, lesión o anomalía congénita.

Exclusiones de dispositivos protésicos y ortopédicos

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

Servicios para personas transgénero

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

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

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anómalas del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico participante determina que es necesario para mejorar

la función o crear un aspecto normal, en la medida que sea posible.

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

Los servicios cubiertos adicionales de cirugía reconstructiva incluyen:

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

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

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

- Servicios dentales y ortodóncicos que son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino (consulte “*Servicios dentales y ortodóncicos*”).
- Diagnóstico por imágenes y laboratorio en consulta externa (consulte “*Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico*”).
- Medicamentos recetados en consulta externa (consulte “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados*”).
- 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 sección “*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

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 QHP. El Miembro será referido y debería recibir tratamiento para la condición elegible para el CCS a través de la red especializada de proveedores del CCS o los centros especializados aprobados por el CCS. Estos proveedores y centros especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las condiciones elegibles para el CCS. L.A. Care seguirá proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventivos que no estén relacionados con las condiciones elegibles para el CCS, según lo descrito en este documento. L.A. Care

también trabajará en forma conjunta con el programa CCS para coordinar la atención médica proporcionada por el programa CCS y el plan. L.A. Care seguirá brindando todos los demás servicios médicos no relacionados con el diagnóstico del CCS.

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

Puede obtener más información sobre el programa CCS llamando al programa CCS del condado de Los Ángeles al **1-800-288-4584**.

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones

Los artículos y servicios detallados en esta sección de “Exclusiones” están excluidos de la cobertura. Estas exclusiones se aplican a todos los servicios que, de lo contrario, estarían cubiertos conforme a este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* independientemente de que los servicios estén dentro del ámbito de la licencia o el certificado de un proveedor. Las exclusiones adicionales que se aplican solamente a un beneficio en particular se detallan en la descripción de ese beneficio en la sección “*Beneficios del plan*”.

- Audífonos para adultos
- Servicios dentales de rutina para adultos
- Inseminación artificial y concepción por medios artificiales

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

Servicios de biorretroalimentación

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

Determinados exámenes y servicios

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

Servicios estéticos

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

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

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos y los servicios proporcionados por un quiropráctico.

Cuidado de custodia

Asistencia con las actividades de la vida cotidiana (como caminar, acostarse y levantarse, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar los medicamentos). Esta exclusión no se aplica a la asistencia con las actividades de la vida cotidiana que se proporcione como parte de cuidados paliativos cubiertos, servicios cubiertos de un hospital de enfermería o atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados.

Servicios dentales y ortodóncicos

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

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

Suministros desechables

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

Tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello

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

Servicios para la infertilidad

Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

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

- La enseñanza de modales y etiqueta
- Los servicios de capacitación y apoyo para desarrollar aptitudes de planificación, como la planificación de las actividades cotidianas y la planificación de proyectos o tareas
- Los artículos y servicios para aumentar el conocimiento académico o las aptitudes académicas
- Los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- Los servicios de consejeros o tutores académicos para desarrollar aptitudes en el ámbito de la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo
- Los servicios para enseñarle a leer, tenga dislexia o no
- Las pruebas educativas
- La enseñanza de arte, danza, equitación, música, juegos o natación
- La capacitación para desarrollar aptitudes para obtener un empleo o con fines vocacionales
- La capacitación vocacional o la enseñanza de aptitudes vocacionales

- Cursos de crecimiento profesional
- Capacitación para un 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 sección *“Atención de enfermería especializada”* de la sección *“Beneficios del plan”*).

Servicios de atención médica que no sean médicamente necesarios

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

Nutrición oral

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

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

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

Otro seguro

Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de atención médica. L.A. Care proporcionará los servicios 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 sección *“Hospitalización psiquiátrica o programas de tratamiento psiquiátrico intensivo”* de la sección *“Servicios de salud mental”*.

Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies

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

Servicios no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos

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 (FDA) para ser vendido en los Estados Unidos, pero que no esté aprobado por la FDA. Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes servicios:

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

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

Servicios proporcionados por personas sin licencia

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

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

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

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

Alquiler de vientre

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

Limitaciones.

Haremos todo lo posible, de buena fe, por brindar o coordinar los servicios cubiertos dentro de la disponibilidad restante de establecimientos o personal

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

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

Información general

Participación en el programa de beneficios

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

Notificaciones

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

Para envíos a L.A. Care:

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

Para envíos a un Miembro:

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

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

Cómo se le paga a un proveedor

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

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

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

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

Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura

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

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

Puede llamar a Servicios para los Miembros 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, sino contratistas independientes. Si bien L.A. Care acredita regularmente a los médicos que brindan servicios a los miembros, L.A. Care no proporciona por sí misma dichos servicios. Por lo tanto, L.A. Care no es responsable por los actos u omisiones de ninguna persona

que brinde estos servicios a los miembros. Esto incluye médicos, hospitales u otros proveedores, o sus empleados.

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

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

El miembro puede comunicarse con el DMHC llamando a la línea gratuita al **1-888-HMO-2219 (1-888-466-2219)**.

Coordinación de beneficios

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

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

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

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

Responsabilidad de terceros

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

- los costos razonables y auténticos pagados por los servicios de atención médica que usted haya recibido, y

- una suma adicional en virtud de las leyes del estado de California.

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

Participación en las políticas públicas

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

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

Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC)

Hay 11 Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (*Regional Community Advisory Committees*, RCAC) de L.A. Care en el condado de Los Ángeles. El término “RCAC” se pronuncia “Raca”. Los RCAC tienen los siguientes objetivos:

- Hablan sobre asuntos e inquietudes de los miembros y los resuelven a través de Servicios para los Miembros de L.A. Care.
- Aconsejan a la Mesa Directiva de L.A. Care.
- Educan a la comunidad y la habilitan para hacer frente a los problemas de atención médica.

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.

Notificación de prácticas de información

La Ley de Protección de la Privacidad e Información de Seguros (Insurance Information and Privacy Protection Act) establece que “L.A. Care puede recopilar información personal de personas que no sean las personas que solicitan la cobertura de seguro”. L.A. Care no divulgará ninguna información personal sin contar con un consentimiento por escrito. 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 [*California Knox-Keene Act*] [Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California] y las reglamentaciones del Título 28).

Nuevas tecnologías

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

Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones

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

Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

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

Indivisibilidad del acuerdo

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

Definiciones

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

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

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

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

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

Año de beneficios es el año calendario de 12 meses, según lo definido por Covered California.

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

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 una persona prudente sin conocimiento especializado consideraría 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 es la cirugía para corregir anomalías del cuerpo, mejorar funciones corporales o recuperar el aspecto normal de una persona.

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

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

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

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

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

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

Créditos fiscales anticipados para las primas es el pago de los créditos fiscales autorizados por el Capítulo 26B del Título 26 del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, U.S.C.) y las reglamentaciones que lo implementan, que se proporcionan por anticipado a una persona inscrita en un Plan de Salud Calificado (*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 Alimentos y Medicamentos (*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.

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

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

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

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

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

Enfermedades mentales graves (SMI) incluyen los siguientes trastornos de una persona de cualquier edad: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), trastornos depresivos mayores, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

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.

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

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

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

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

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

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

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

Grupo de proveedores participantes es un grupo de médicos integrado por su médico o 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 (*State Department of Health Services, SDHS*) de California para proporcionar servicios de enfermería especializada.

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

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

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 (*Department of Health and Human Services*). 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 inmunitario a atacar a los organismos que pueden provocar enfermedades. Algunas inmunizaciones se administran en una sola vacuna o dosis oral. Otras requieren varias vacunas durante un período determinado.

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

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 una persona que expresa en una segunda lengua un mensaje hablado o por señas en cierto idioma, y que se rige por un código de ética profesional.

L.A. Care Health Plan es una organización de atención médica administrada sin fines de lucro que 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.

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

Ley de Americanos con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act, ADA*) de 1990 es una ley que protege contra la discriminación a las personas con discapacidades y les garantiza igualdad de oportunidades

en materia de empleo y de servicios gubernamentales estatales y locales. Para obtener más información, llame al Departamento de Justicia (*Department of Justice*) de los Estados Unidos al **1-800-514-0301** (voz) o al **1-800-514-0383** (TTY/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 (*U.S. Department of Health and Human Services, Office of Human Rights*) al **1-800-368-1019** (voz) o al **1-800-537-7697** (TTY/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 se computan para el límite se detallan en la sección "*Pagos que se computan para el máximo*".

Los servicios para los trastornos de la conducta son el psicoanálisis, la psicoterapia, la consejería, la administración médica u otros servicios que, comúnmente, proporcionan un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico, consejero matrimonial, infantil y familiar autorizado y certificado, u otro profesional o paraprofesional de salud mental, para el diagnóstico o tratamiento de problemas emocionales o mentales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra afección o diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias. Los trastornos de salud mental o

emocionales incluyen, entre otros: la anorexia nerviosa, el trastorno por déficit de atención (TDA), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el autismo o el trastorno generalizado del desarrollo, el trastorno bipolar, la bulimia nerviosa, trastornos depresivos mayores, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico, la psicosis, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

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 aceptado es un término utilizado para las pruebas o tratamientos usados comúnmente por los médicos para el tratamiento de una enfermedad o diagnóstico en particular.

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

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

Médico es un doctor en medicina.

Médico participante es un médico, que además es un médico de atención primaria (*primary care physician*, 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™. A los Miembros también se los denomina Personas inscritas.

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

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

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

Persona inscrita es una persona inscrita en el QHP individual y familiar, la cual es responsable del pago de las primas a L.A. Care. A las Personas inscritas también se les denomina “Miembros”.

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 (Qualified Health Plan, 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 (*Secretary of Health and Human Services*) 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 Ángeles al (626) 858-2100 para obtener más información.

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

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

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

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

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

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

Queja es el término utilizado cuando usted no está satisfecho con el servicio de atención médica que recibe. La queja puede ser administrativa o clínica, y usted puede presentarla por teléfono o por escrito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) es una revisión de la decisión de su plan de salud de denegar un determinado servicio o tratamiento solicitado por usted. (La revisión es proporcionada por el Departamento de Atención Médica Administrada [*Department of Managed Health Care*] 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 para funcionar de un modo normal o casi normal después de una enfermedad, padecimiento o lesión.

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

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

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

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

Solicitante es una persona que solicita la inscripción en L.A. Care Covered™ en su propio nombre. Un solicitante también es una persona que solicita la inscripción en nombre de un hijo del cual es responsable. A los hijos se les denomina 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 Silver 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 ni excluir los servicios proporcionados como parte de un plan de tratamiento para la salud de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificado o un paraprofesional de servicios de autismo calificado para el tratamiento de trastornos generalizados del desarrollo o del autismo.

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

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

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

Tercero incluye compañías de seguro, personas o agencias gubernamentales.

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

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 mayor medida posible, el funcionamiento de una persona que sufre un trastorno del espectro autista (incluidos el Asperger, el autismo y o el trastorno

generalizado del desarrollo). El plan de tratamiento debe contener objetivos medibles que desarrolle y apruebe el proveedor de servicios de autismo calificado (qualified autism service, QAS). Estos objetivos deben revisarse cada seis meses y modificarse cuando corresponda. El plan de tratamiento no se usa para brindar atención de relevo, atención médica diurna ni servicios educativos, ni para reembolsar a un padre por la participación en el tratamiento.

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 para la salud 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 generalizado del desarrollo o autismo.

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

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

Números telefónicos importantes

Programas y servicios para niños

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

Covered California

Covered California – Servicios para los Miembros/Elegibilidad/Inscripción Covered California – Member Services/Eligibility/Enrollment.....	1-800-300-1506
---	----------------

Servicios para discapacidades

Información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades American Disabilities Act Information.....	1-800-514-0301
Servicio de Retransmisión de California (TTY/TDD) para usuarios con dificultades auditivas Hearing Impaired users/California Relay Service TTY/TDD	1-800-735-2929
Servicio de Retransmisión de California (TTY/TDD) para usuarios con audición Hearing users/California Relay Services TTY/TDD.....	711

Servicios de L.A. Care Health Plan

Servicios del plan de salud Health Plan Services	1-888-4LA-CARE (1-888-452-2273)
Inscripción en L.A. Care Covered™ L.A. Care Covered™ Enrollment	1-855-222-4239
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ L.A. Care Covered™ Member Services	1-855-270-2327
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ TTY L.A. Care Covered™ Member Services TTY	711
Autorizaciones Authorizations	1-877-431-2273
Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta (Beacon) Behavioral Health Hotline (Beacon)	1-877-344-2858
Línea de Ayuda de Cumplimiento Compliance Helpline.....	1-800-400-4889
Línea de Enfermería Nurse Advice Line	1-800-249-3619

Números telefónicos importantes

Farmacia Pharmacy.....	1-855-270-2327
Plan de la vista (VSP) Vision Plan (VSP)	1-800-877-7195
Liberty Dental	1-888-700-5243
Liberty Dental (TTY/TDD) Liberty Dental TTY/TDD.....	1-877-855-8039

Servicios del condado de Los Ángeles

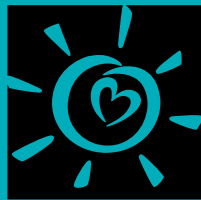
Departamento de Servicios de Salud Pública Department of Public Health Services	1-213-250-8055
Departamento de Salud Mental Department of Mental Health	1-800-854-7771
Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños Women, Infant and Children (WIC) Program	1-888-942-9675

California State Services

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

Mapa del área de servicio





L.A. Care
Covered[™]
Para todo L.A.



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



lacare.org