



**L.A. Care**  
*Covered*<sup>TM</sup>



**COVERED**  
**CALIFORNIA**

<sup>TM</sup>



# Guía útil para sus beneficios de atención médica

2025



*Del 1.º de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025*



El Resumen de beneficios y cobertura (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) se proporcionará por separado. Es solamente un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) o visítenos en [lacare.org](http://lacare.org). Para una definición general de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary](http://healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al [1-855-270-2327](tel:1-855-270-2327) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                              | <b>\$5,800 por individuo/\$11,600 por familia.</b><br>Por año calendario.                                                                                                                 | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Las visitas al consultorio familiares, del médico y del especialista, la <a href="#">atención médica preventiva</a> y otros servicios no están sujetos al <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> ; sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este plan cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin costos compartidos y antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                                                                                               |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | <b>\$450 por individuo/\$900 por familia</b> para la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> .                                                                                | Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <a href="#">deducible</a> específico antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar por ellos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | <b>\$8,850 por individuo/\$17,700 por familia</b>                                                                                                                                         | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta alcanzar el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué conceptos no están incluidos en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?      | <a href="#">Las primas</a> , la <a href="#">facturación de saldos</a> y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                        | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                           | Sí. Visite <a href="http://lacare.org">lacare.org</a> o llame al 1-855-270-2327 (TTY 711) para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .                               | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> participante que esté incluido en la <a href="#">red</a> del plan. Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor no participante</a> y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldos</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor participante</a> puede usar un <a href="#">proveedor no participante</a> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |

|                                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ? | Sí. | Este <a href="#">plan</a> pagará parte o la totalidad de los costos para acudir a un <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con una <a href="#">referencia</a> antes de acudir al <a href="#">especialista</a> . |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Evento médico común                                                                      | Servicios que puede necesitar                                           | Lo que usted pagará                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                                                         | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Proveedor participante que no sea IHCP (usted pagará el mínimo)                                                                                                        | Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si visita el consultorio o la clínica <a href="#">de un proveedor</a> de atención médica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad         | Sin cargo                                                                   | \$60 de <a href="#">copago</a> /visita                                                                                                                                 | Sin cobertura                                                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                          | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                            | Sin cargo                                                                   | \$95 de <a href="#">copago</a> /visita                                                                                                                                 | Sin cobertura                                                      | Sujeto al <a href="#">deducible</a> después de las primeras tres visitas no preventivas. Se requiere una referencia                                                                                                                 |
|                                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/pruebas de detección/</a> inmunización  | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                                                                                                                              | Sin cobertura                                                      | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su <a href="#">plan</a> pagará* |
| Si se realiza una prueba                                                                 | <a href="#">Prueba de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo                                                                   | \$40 de <a href="#">copago</a> /prueba por pruebas de laboratorio.<br>40 % de <a href="#">coseguro</a> /prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías | Sin cobertura                                                      | Las radiografías, las imágenes de diagnóstico y las ecografías están sujetas al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                         |
|                                                                                          | Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)                        | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a><br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                            |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](#).

| Evento médico común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Servicios que puede necesitar                                    | Lo que usted pagará                                                         |                                                                                                                             |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Proveedor participante que no sea IHCP (usted pagará el mínimo)                                                             | Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b><br>Puede obtener más información sobre la <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">cobertura de medicamentos recetados</a> disponible en <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services</a> | Nivel 1 (en su mayoría genéricos)                                | Sin cargo                                                                   | Minorista: \$19 de <a href="#">copago</a> /receta<br>Pedido por correo: \$38 de <a href="#">copago</a> /receta              | Sin cobertura                                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de servicios por correo.<br>Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)                       | Sin cargo                                                                   | Minorista: 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta<br>Servicios por correo: 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta | Sin cobertura                                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de servicios por correo.<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta* |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)                    | Sin cargo                                                                   | Minorista: 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta<br>Servicios por correo: 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta | Sin cobertura                                                      | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de servicios por correo.<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta* |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nivel 4 ( <a href="#">medicamentos de especialidad</a> )         | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a> por receta                                                                                 | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>No disponible a través del servicio por correo.<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> de farmacia, hasta un máximo de \$500 por receta*                       |
| <b>Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                            | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tarifas del médico o cirujano<br>Visita ambulatoria              | Sin cargo<br>Sin cargo                                                      | 40 % de <a href="#">coseguro</a><br>40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                        | Sin cobertura<br>Sin cobertura                                     | Sujeto al <a href="#">deducible</a> *<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                      |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](http://www.lacare.org).

| Evento médico común                                                              | Servicios que puede necesitar                              | Lo que usted pagará                                                         |                                                                                                                                                    |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                  |                                                            | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Proveedor participante que no sea IHCP (usted pagará el mínimo)                                                                                    | Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                          |
| Si necesita atención médica inmediata                                            | <a href="#">Atención en salas de emergencia</a>            | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a><br>Tarifas médicas: <a href="#">sin cargo</a>                                                                     | 40 % de <a href="#">coseguro</a><br>Tarifas médicas: sin cargo     | El <a href="#">copago</a> no se aplica si es admitido.<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                          |
|                                                                                  | <a href="#">Transporte médico emergencia</a>               | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                   | Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                       | Sin cargo                                                                   | \$60 de <a href="#">copago</a> /visita                                                                                                             | \$60 / visita                                                      | Ninguna                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita una estadía en el hospital                                           | Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                               |
|                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                                | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                                                                    |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios                                     | Sin cargo                                                                   | \$60 de <a href="#">copago</a> /visita al consultorio<br>40 % de <a href="#">coseguro hasta \$60 de copago por otros servicios ambulatorios.</a> * | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para pruebas psicológicas.*                                                                                                                                              |
|                                                                                  | Servicios para pacientes hospitalizados                    | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                               |
| Si está embarazada                                                               | Visitas al consultorio                                     | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                                                                                                          | Sin cobertura                                                      | Para atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción                                                                                                                                                      |
|                                                                                  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto      | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto      | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                                                                                                                    |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales  | <a href="#">Servicios de salud en el hogar</a>             | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                                                                                                   | Sin cobertura                                                      | Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> * |
|                                                                                  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                | Sin cargo                                                                   | \$60 de <a href="#">copago</a>                                                                                                                     | Sin cobertura                                                      | Servicios ambulatorios                                                                                                                                                                                                   |

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](#).

| Evento médico común                                      | Servicios que puede necesitar                                                                                                                                                                                 | Lo que usted pagará                                                         |                                                                 |                                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          |                                                                                                                                                                                                               | Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | Proveedor participante que no sea IHCP (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no sea IHCP (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                  |
|                                                          |                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                 |                                                                    | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*                                                                                                                               |
|                                                          | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                                                                                                                                                                   | Sin cargo                                                                   | \$60 de <a href="#">copago</a>                                  | Sin cobertura                                                      | Servicios ambulatorios<br>Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*                                                                                                     |
|                                                          | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>                                                                                                                                                          | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                | Sin cobertura                                                      | Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se necesita autorización previa. Se aplica el <a href="#">deducible</a> .*                                                    |
|                                                          | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                                                                                                                                                        | Sin cargo                                                                   | 40 % de <a href="#">coseguro</a>                                | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .<br>Sujeto al <a href="#">deducible</a> *                                                                                       |
|                                                          | <a href="#">Servicios en un centro de cuidados paliativos</a>                                                                                                                                                 | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                       | Sin cobertura                                                      | Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .*                                                                                                                               |
| <b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b> | Examen de la vista                                                                                                                                                                                            | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                       | Sin cobertura                                                      | 1 visita por año calendario                                                                                                                                                      |
|                                                          | Anteojos                                                                                                                                                                                                      | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                       | Sin cobertura                                                      | 1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos)                                                                                                            |
|                                                          | Chequeo dental: servicios preventivos y diagnósticos (incluye examen bucal, limpiezas y radiografías preventivas, selladores por pieza dental, aplicación tópica de fluoruro y mantenedores de espacio fijos) | Sin cargo                                                                   | Sin cargo                                                       | Sin cobertura                                                      | Examen bucal y limpieza preventiva limitados a uno cada 6 meses.<br>Consulte la documentación de su <a href="#">plan</a> para obtener información adicional sobre los servicios. |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención de un quiropráctico
- Tratamiento para la infertilidad
- Enfermera privada
- Cirugía estética
- Atención médica a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adultos)

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](#).

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de vista médico
- Servicios relacionados con el aborto

### Su derecho a continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*) al **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** o en [hmohelp.ca.gov](http://hmohelp.ca.gov); el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos al **1-877-267-2323 extensión 61565** o en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov); Covered

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en [lacare.org](http://lacare.org).

California al **1 (800) 300-1506** o en [coveredca.com](http://coveredca.com); o comuníquese con L.A. Care Health Plan al **1-855-270-2327**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) contra su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente de L.A. Care al **1-855-270-2327**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Además, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*, DMHC) de California al **1-888-466-2219** o visitar [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov).

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

[La cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible a través de Covered California u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program*, CHIP), TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

### ¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted podría ser elegible para un [crédito fiscal para la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través de Covered California.

### Servicios de idioma:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al **1- 855-270-2327**.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1- 855-270-2327**

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1- 855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' **1- 855-270-2327**

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente**

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*, PRA):** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, las personas no tienen la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB). El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información solicitada. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica real que reciba, los precios de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,800
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$95
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 40 %
- Otro [[costo compartido](#)] 40 %

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <i>Costos compartidos</i>  |         |
| <a href="#">Deducibles</a> | \$5,800 |
| <a href="#">Copagos</a>    | \$500   |

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------------|-----------------|

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$2,200 |
|--------------------------|---------|

*Qué no está cubierto*

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$8,560</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Manejo de la diabetes tipo 2 de

**Joe** (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,800
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$95
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 40 %
- Otro [[costo compartido](#)] 40 %

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)  
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <i>Costos compartidos</i> |  |
|---------------------------|--|

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------------|----------------|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| <a href="#">Deducibles</a> | \$2,300 |
|----------------------------|---------|

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| <a href="#">Copagos</a> | \$200 |
|-------------------------|-------|

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| <a href="#">Coseguro</a> | \$1,200 |
|--------------------------|---------|

*Qué no está cubierto*

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,720</b> |
|------------------------------------|----------------|

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención médica de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,800
- [Especialista](#) [[costo compartido](#)] \$95
- Hospital (instalaciones) [[costo compartido](#)] 40 %
- Otro [[costo compartido](#)] 40 %

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>        | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$2,400        |

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b> | <b>\$2,800</b> |
| <u>Copagos</u>                | \$0            |
| <u>Coseguro</u>               | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>   |                |

|                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>      | <b>\$2,800</b> |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,400</b> |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por los servicios cubiertos en este EJEMPLO.

## Language Assistance

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-855-270-2327** (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-855-270-2327** (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ប្រាសាទល្ហាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រួញ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### فارسی زبان به مطلب (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEb TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-855-270-2327** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-855-270-2327** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-855-270-2327 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



**L.A. Care**  
Covered



**COVERED**  
CALIFORNIA

## Resumen de Beneficios<sup>43</sup>

**Plan Individual y Familiar**  
**Plan HMO**

### Bronze 60 AI-AN HMO

El Resumen de Beneficios establece la parte de los costos compartidos que pagará el Miembro por los Servicios Cubiertos bajo este plan de beneficios y representa solo una breve descripción del plan de beneficios. Lea atentamente la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*, EOC) para obtener una descripción completa de las disposiciones, los beneficios, las exclusiones, la autorización previa y otra información importante sobre este plan de beneficios.

**Red de Proveedores Médicos:**

**Red de L.A. Care**

**Red de la Vista:**

**Vision Service Plan (VSP)**

**Red de Salud Conductual:**

**Carelon**

**Red Dental Pediátrica:**

**Liberty Dental**

**Red de Farmacias:**

**Navitus**

**Formulario de Medicamentos:**

**Formulario Estándar**

### Deducibles por Año Calendario <sup>2,11</sup>

Un Deducible por Año Calendario es el monto que un Miembro paga cada Año Calendario antes de que L.A. Care pague por los Servicios Cubiertos según el Plan.

#### Al utilizar un Proveedor Participante<sup>3,11</sup>

##### Deducible por Año Calendario

|                             |                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| <i>Cobertura individual</i> | \$5,800                                   |
| <i>Cobertura familiar</i>   | \$5,800: individual<br>\$11,600: Familiar |

##### Deducible de Farmacia por Año Calendario

|                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| <i>Cobertura individual</i> | \$450                                |
| <i>Cobertura familiar</i>   | \$450: individual<br>\$900: Familiar |

### Máximo de Gastos de Bolsillo por Año Calendario<sup>4,14</sup>

Un Máximo de Gastos de Bolsillo es el máximo que un Miembro pagará por los Servicios Cubiertos cada Año Calendario. Las excepciones se detallan en la EOC.

#### Al utilizar un Proveedor Participante<sup>3,11</sup>

|                             |                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| <i>Cobertura individual</i> | \$8,850                                   |
| <i>Cobertura familiar</i>   | \$8,850: individual<br>\$17,700: Familiar |

### Sin Límite de Dólares Anual ni de por Vida

Según este Plan, no existe un límite en dólares anual o de por vida en el monto que L.A. Care pagará por los Servicios Cubiertos.

## Beneficios<sup>5</sup>

## Su Pago<sup>15</sup>

|                                                                                                                                                                                                                                      | Al utilizar un<br>Proveedor<br>Participante <sup>3,11</sup> | Se aplica el<br>Deducible <sup>2</sup> | Servicios<br>proporcionados<br>por Proveedores<br>Indígenas<br>Estadounidenses* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de Atención Médica Preventiva<sup>6</sup></b>                                                                                                                                                                           |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Servicios de Atención Médica Preventiva                                                                                                                                                                                              | \$0                                                         | No                                     | Sin Cargo                                                                       |
| Examen Físico Rutinario                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                         | No                                     |                                                                                 |
| Exámenes de Rutina Preventivos para Niños (hasta los 23 meses)                                                                                                                                                                       | \$0                                                         | No                                     |                                                                                 |
| <b>Servicios médicos<sup>22</sup></b>                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Visita al consultorio del médico de atención primaria                                                                                                                                                                                | \$60                                                        | No                                     | Sin Cargo                                                                       |
| Visita al consultorio del médico de atención especializada <sup>36</sup><br>(primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$95 antes del deducible, luego \$95 después del deducible)                         | \$95 Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Servicios de médico o cirujano en un Centro Ambulatorio                                                                                                                                                                              | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Servicios de médico o cirujano en un Centro para Pacientes Hospitalizados                                                                                                                                                            | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| <b>Otros servicios profesionales</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Visita al consultorio de otro profesional <sup>35</sup><br><i>Incluye enfermeros con práctica médica, asistentes médicos y terapeutas.</i>                                                                                           | \$60                                                        | No                                     | Sin Cargo                                                                       |
| Servicios de acupuntura                                                                                                                                                                                                              | \$60                                                        | No                                     |                                                                                 |
| Planificación familiar                                                                                                                                                                                                               | \$0                                                         | No                                     |                                                                                 |
| Pruebas y Tratamiento de Alergias                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Suero para alergias comprado por separado para el tratamiento                                                                                                                                                                        | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Visitas al consultorio (visitas para la aplicación de inyecciones de suero para alergias incluidas) (primeras 3 visitas de atención médica no preventiva disponibles por \$95 antes del deducible, luego \$95 después del deducible) | \$95 Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Servicios podiátricos                                                                                                                                                                                                                | \$60                                                        | No                                     |                                                                                 |
| <b>Embarazo y cuidados de maternidad</b>                                                                                                                                                                                             |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Visitas al consultorio médico:<br>prenatales y posnatales iniciales: incluido el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos en casos de embarazo de alto riesgo                                                                    | \$0                                                         | No                                     | Sin Cargo                                                                       |
| Los Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizadas para un parto normal, una Cesárea y complicaciones del embarazo                                                                                                            | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Circuncisión rutinaria de un recién nacido <sup>7</sup>                                                                                                                                                                              | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     |                                                                                 |
| Servicios relacionados con la terminación del embarazo                                                                                                                                                                               | \$0                                                         | No                                     |                                                                                 |
| <b>Servicios de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Servicios de sala de emergencias<br>(no se aplica el coseguro si es admitido)                                                                                                                                                        | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     | Sin Cargo                                                                       |
| Servicios médicos de salas de emergencias                                                                                                                                                                                            | \$0                                                         | No                                     |                                                                                 |
| <b>Servicios de centro de atención médica de urgencia</b>                                                                                                                                                                            | \$60                                                        | No                                     | Sin Cargo                                                                       |
| <b>Servicios de ambulancia<sup>16</sup></b>                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                        |                                                                                 |
| Este pago es para transporte de emergencia o no emergencia autorizado.                                                                                                                                                               | 40 % Después del Deducible                                  | Sí                                     | Sin Cargo                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Al utilizar un Proveedor Participante <sup>3,11</sup> | Se aplica el Deducible <sup>2</sup> | Servicios proporcionados por Proveedores Indígenas Estadounidenses* |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de centros ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |                                     |                                                                     |
| Centros de Cirugía Ambulatoria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| Departamento de Atención Ambulatoria de un Hospital: cirugía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  |                                                                     |
| Departamento de Atención Ambulatoria de un Hospital: tratamiento de una enfermedad o lesión, radioterapia, quimioterapia y suministros necesarios <sup>21</sup>                                                                                                                                                                                                                                 | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  |                                                                     |
| <b>Servicios de centros para pacientes hospitalizados<sup>19,20</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                     |                                                                     |
| Servicios hospitalarios y estancia<br>(Incluye atención de afirmación de género, cirugía bariátrica, Trastorno de la Articulación Temporomandibular [Temporomandibular Joint Disorder, TMJ] y cirugía reconstructiva)                                                                                                                                                                           | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| <b>Radiografías de diagnóstico, imágenes de diagnóstico, patología y servicios de laboratorio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                     |                                                                     |
| • Laboratorio y Patología para Pacientes Ambulatorios<br>• Los servicios de Laboratorio de Diagnóstico están cubiertos por servicio o por prueba cuando se brindan para diagnosticar una enfermedad y lesión.                                                                                                                                                                                   | \$40/consulta                                         | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| • Radiografías de diagnóstico e imágenes de diagnóstico ambulatorias<br>• Incluidas las mamografías y ecografías realizadas en un Centro de Radiología Ambulatorio u Hospital Ambulatorio                                                                                                                                                                                                       | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  |                                                                     |
| • Servicios de Imágenes Médicas de Diagnóstico<br>• Incluidas las tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP), imágenes por resonancia magnética (IRM) e Imágenes de Diagnóstico con Medicina Nuclear realizadas en el departamento de Atención Ambulatoria de un Hospital o un centro de atención ambulatoria independiente. Se requiere autorización previa. | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  |                                                                     |
| <b>Servicios de rehabilitación y habilitación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |                                     |                                                                     |
| Incluye servicios de terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y terapia del habla.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                     |                                                                     |
| Consultorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$60                                                  | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| Departamento de Atención Ambulatoria de un Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$60/consulta                                         | No                                  |                                                                     |
| Unidad de rehabilitación de un Hospital por días<br>Médicamente Necesarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  |                                                                     |
| En una instalación para Pacientes Hospitalizados, este Coseguro se factura como parte de los Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |                                     |                                                                     |
| <b>Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                     |                                                                     |
| DME (Incluye, entre otras cosas, Prótesis, Aparatos Ortopédicos, bombas de insulina, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| Extractor de leche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$0                                                   | No                                  |                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Al utilizar un Proveedor Participante <sup>3,11</sup> | Se aplica el Deducible <sup>2</sup> | Servicios proporcionados por Proveedores Indígenas Estadounidenses* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de atención médica en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |                                     |                                                                     |
| <p>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 contarse 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"> <li>Servicios proporcionados por agencias de Servicios de Salud en el Hogar, lo que incluye visitas en el hogar por un enfermero, asistencia en el hogar, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta del habla o terapeuta ocupacional</li> <li>Beneficios de la Terapia de Infusión/Medicamentos Inyectables en el Hogar (por ejemplo, factor de coagulación y otros productos de infusión en el hogar y suministros médicos asociados)</li> <li>Visitas en el hogar por un enfermero especializado 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).</li> <li>Suministros médicos asociados con la terapia de infusión/medicamentos inyectables.</li> <li>Los medicamentos autoinyectables no intravenosos para el hogar están cubiertos en virtud del Beneficio de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios y se aplican los copagos estándares del miembro.</li> </ul> | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| <b>Servicios del Hospital de Enfermería (Skilled Nursing Facility, SNF)<sup>19</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |                                     |                                                                     |
| <p>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 contarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el Deducible Médico por Año Calendario.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                     |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| <b>Servicios del programa de cuidados paliativos<sup>18</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                     |                                                                     |
| <p>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> <p>Incluye consulta previa a Cuidados Paliativos, atención médica domiciliaria de rutina, atención domiciliaria continua las 24 horas, cuidados Paliativos y atención de relevo para pacientes hospitalizados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                     |                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$0                                                   | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| <b>Otros servicios y suministros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |                                     |                                                                     |
| Servicios de atención de la diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 40 % Después del Deducible                            | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| • Dispositivos, equipos y suministros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                   | No                                  |                                                                     |
| • Capacitación para el autocontrol <sup>17</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0                                                   | No                                  |                                                                     |
| • Terapia nutricional médica <sup>17</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                                   | No                                  |                                                                     |

## Beneficios de Salud Mental y Trastornos de Consumo de Sustancias

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  | Su Pago <sup>15</sup>               |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Beneficios de salud mental y trastornos de consumo de sustancias se brindan a través de Carelon.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Al utilizar un Proveedor Participante de Carelon <sup>3,11</sup> | Se aplica el Deducible <sup>2</sup> | Servicios proporcionados por Proveedores Indígenas Estadounidenses* |
| <b>Servicios ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                     |                                                                     |
| Visita al consultorio, incluida la visita al consultorio del Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$60/consulta                                                    | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| Otros servicios ambulatorios <sup>44</sup> , que incluyen atención médica ambulatoria intensiva, terapia electroconvulsiva, estimulación magnética transcraneal, Tratamiento para los Trastornos de la Conducta <sup>26</sup> para trastornos generalizados del desarrollo o autismo en un consultorio, hogar u otro entorno de instalación no institucional y tratamiento de opioides en el consultorio. | 40 %, hasta \$60                                                 | No                                  |                                                                     |
| Programa de Hospitalización Parcial <sup>25</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 40 %, hasta \$60                                                 | No                                  |                                                                     |
| Pruebas psicológicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$60/consulta                                                    | No                                  |                                                                     |
| <b>Servicios para pacientes hospitalizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                     |                                                                     |
| Servicios médicos para pacientes hospitalizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 40 % Después del Deducible                                       | Sí                                  | Sin Cargo                                                           |
| Servicios hospitalarios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 40 % Después del Deducible                                       | Sí                                  |                                                                     |
| Atención médica residencial <sup>24</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40 % Después del Deducible                                       | Sí                                  |                                                                     |

## Beneficios de Medicamentos Recetados<sup>7,8,27,28,29,30,31,32,33</sup>

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       | Su Pago <sup>15</sup>               |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Al utilizar una Farmacia Participante <sup>3,11</sup> | Se aplica el Deducible <sup>2</sup> | Servicios proporcionados por Proveedores Indígenas Estadounidenses* |
| <b>Medicamentos recetados en farmacias minoristas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |                                     |                                                                     |
| <i>Por receta, hasta un suministro de 30 días. Nota: Si el precio minorista de un medicamento recetado, suministro o suplemento cubierto es menor que el copago, usted pagará la cantidad menor. El monto que pague se aplicará a su límite máximo de gastos de bolsillo.</i>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |                                     |                                                                     |
| Medicamentos y dispositivos anticonceptivos <sup>34</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                   | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| Medicamentos de nivel 1 (en su mayoría Genéricos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$19/receta                                           | No                                  |                                                                     |
| Medicamentos de nivel 2 (de Marca Preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40 %, hasta \$500 por Receta Después del Deducible    | Sí                                  |                                                                     |
| Medicamentos de nivel 3 (de Marca No Preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 40 %, hasta \$500 por Receta Después del Deducible    | Sí                                  |                                                                     |
| Medicamentos de nivel 4 (Medicamentos de Especialidad: Se requiere Autorización Previa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 40 %, hasta \$500 por Receta después del Deducible    | Sí                                  |                                                                     |
| El nivel cuatro estará compuesto por medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el fabricante requiere que se distribuyan a través de una farmacia especializada, medicamentos que requieren que la persona inscrita tenga capacitación especial o monitoreo clínico para la autoadministración, o medicamentos que le cuestan al plan de salud más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos para un suministro de un mes. |                                                       |                                     |                                                                     |
| <b>Medicamentos recetados en farmacias del servicio por correo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                     |                                                                     |
| <i>Por receta, hasta un suministro de 90 días.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                     |                                                                     |
| Medicamentos y dispositivos anticonceptivos <sup>34</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                   | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| Medicamentos de nivel 1 (en su mayoría Genéricos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$38/receta                                           | No                                  |                                                                     |
| Medicamentos de nivel 2 (de Marca Preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40 %, hasta \$500 por Receta Después del Deducible    | Yes                                 |                                                                     |
| Medicamentos de nivel 3 (de Marca No Preferidos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 40 %, hasta \$500 por Receta Después del Deducible    | Yes                                 |                                                                     |

## Beneficios pediátricos

## Su Pago<sup>15</sup>

| Los Beneficios pediátricos están disponibles hasta el final del mes en que el Miembro cumple 19 años.                                                                                                                                  |      | Al utilizar un Dentista Participante <sup>3,11</sup>               | Se aplica el Deducible <sup>2</sup> | Servicios proporcionados por Proveedores Indígenas Estadounidenses* |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención dental pediátrica<sup>9,39,40</sup></b>                                                                                                                                                                                    |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Servicios preventivos y de diagnóstico                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Examen bucal                                                                                                                                                                                                                         | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Preventivo: limpieza                                                                                                                                                                                                                 | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Preventivo: radiografía                                                                                                                                                                                                              | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Selladores por diente                                                                                                                                                                                                                | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Aplicación tópica de flúor                                                                                                                                                                                                           | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Mantenedores de espacio: fijos                                                                                                                                                                                                       | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| Servicios básicos                                                                                                                                                                                                                      |      | Consulte la Tabla de Copagos Dentales en la Evidencia de Cobertura |                                     | Sin Cargo                                                           |
| • Procedimientos de restauración                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Mantenimiento periodontal                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Servicios adicionales generales                                                                                                                                                                                                      |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Servicios mayores                                                                                                                                                                                                                      |      | Consulte la Tabla de Copagos Dentales en la Evidencia de Cobertura |                                     |                                                                     |
| • Cirugía bucal                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Endodoncia                                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Periodoncia (que no sea de mantenimiento)                                                                                                                                                                                            |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Coronas y moldes                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| • Prótesis dentales                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Ortodoncia (Médicamente Necesaria) <sup>41</sup>                                                                                                                                                                                       | 50 % | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| <b>Atención pediátrica de la vista<sup>10,38</sup></b>                                                                                                                                                                                 |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Examen de la vista integral                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Un examen por Año Calendario.                                                                                                                                                                                                          | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Consulta oftalmológica                                                                                                                                                                                                               | \$0  | No                                                                 |                                     |                                                                     |
| • Consulta optométrica                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Anteojos recetados                                                                                                                                                                                                                     |      | \$0                                                                | No                                  | Sin Cargo                                                           |
| Incluye marcos y lentes (un par por año)                                                                                                                                                                                               |      |                                                                    |                                     |                                                                     |
| Lentes de contacto                                                                                                                                                                                                                     |      | \$0                                                                | No                                  |                                                                     |
| Incluyendo 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 |      |                                                                    |                                     |                                                                     |

## Definiciones

---

### 1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura de este Plan. Revise la EOC para obtener más detalles sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede solicitar una copia de la EOC en cualquier momento.

Los términos en mayúscula se definen en la EOC. Consulte la EOC para obtener una explicación de los términos utilizados en este Resumen de Beneficios.

### 2 Deducible del Año Calendario (Deducible):

Explicación del Deducible del Año Calendario. Un Deducible por Año Calendario es el monto que paga cada Año Calendario antes de que L.A. Care pague por los Servicios Cubiertos según el Plan.

Si este Plan tiene algún Deducible por Año Calendario, los Servicios Cubiertos sujetos a ese Deducible se identifican con un “Sí” en la tabla de Beneficios anterior.

### 3 Uso de Proveedores Participantes:

Los Proveedores Participantes tienen un contrato para proporcionar servicios de atención médica a los Miembros. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Proveedor Participante, usted solamente es responsable del Copago o Coseguro, una vez que se haya alcanzado el Deducible del Año Calendario.

### 4 Máximo de Gastos de Bolsillo por Año Calendario (Out-of-Pocket Maximum, OOPM):

Explicación del Máximo de Gastos de Bolsillo por Año Calendario. El Máximo de Gastos de Bolsillo es el máximo que debe pagar por los Servicios Cubiertos en un Año Calendario. Una vez que alcance su Gasto Máximo de Bolsillo, L.A. Care pagará el 100 % de los Cargos Permitidos por los Servicios Cubiertos durante el resto del Año Calendario.

Su pago después de alcanzar el OOPM del Año Calendario. Continuará pagando todos los cargos por servicios que no estén cubiertos, cargos que excedan los Cargos Permitidos y cargos por servicios que excedan cualquier máximo de Beneficios.

La cobertura familiar tiene un OOPM individual dentro del OOPM Familiar. Esto significa que el OOPM se cumplirá para una persona con cobertura Familiar que cumpla con el OOPM individual antes de que la Familia cumpla con el OOPM Familiar dentro de un Año Calendario. Cualquier monto que haya pagado para el OOPM individual se aplicará tanto al OOPM individual como al OOPM Familiar.

### 5 Pagos separados para Miembros cuando se reciben Múltiples Servicios Cubiertos:

Cada vez que reciba múltiples Servicios Cubiertos, es posible que tenga que realizar pagos separados (Copago o Coseguro) para cada servicio. Cuando esto sucede, usted puede ser responsable de múltiples Copagos o Coseguros. Por ejemplo, es posible que deba pagar una visita al consultorio además de un pago por suero para alergias cuando visita al médico para aplicarse una inyección contra las alergias.

### 6 Servicios de Atención Médica Preventiva:

Si solamente recibe Servicios de Atención Médica Preventiva durante una visita al consultorio del Médico, no hay Copago ni Coseguro para la visita. Si recibe Servicios de Atención Médica Preventiva y otros Servicios Cubiertos durante la visita al consultorio del Médico, es posible que deba pagar un Copago o Coseguro por la visita.

### 7 Circuncisión rutinaria de un recién nacido

Circuncisión rutinaria de un recién nacido realizada en el consultorio, en un Centro quirúrgico ambulatorio (*Ambulatory Surgery Center, ASC*) o en un hospital ambulatorio. El copago del centro se aplica cuando los servicios se realizan en un centro quirúrgico ambulatorio.

## **8 Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios:**

Cobertura de Medicamentos de Marca cuando hay un Medicamento Genérico disponible. Si usted, el Médico o el Proveedor de Atención Médica, selecciona un Medicamento de Marca cuando hay un Medicamento Genérico equivalente disponible, usted es responsable de la diferencia entre el costo para L.A. Care del Medicamento de Marca y su Medicamento Genérico equivalente más el Copago o Coseguro de nivel 1. Esta diferencia de costo no se tendrá en cuenta para ningún Deducible de farmacia, Deducible médico o Gasto Máximo de Bolsillo por Año Calendario.

Solicitud de Revisión de Necesidad Médica. Si usted o su Médico creen que un Medicamento de Marca es Medicamento Necesario, cualquiera de las dos personas puede solicitar una Revisión de Necesidad Médica. Si se aprueba, el Medicamento de Marca estará cubierto según el Copago o Coseguro del nivel de Medicamento correspondiente.

Programa de Medicamentos de Especialidad de Ciclo Corto. Este programa permite que se obtengan recetas iniciales de Medicamentos de Especialidad seleccionados para un suministro de 15 días con su aprobación. Cuando esto ocurre, el Copago o Coseguro se prorrateará.

Medicamentos de Especialidad. Los Medicamentos de Especialidad solo están disponibles en una Farmacia Especializada de la Red, hasta un suministro de 30 días.

Medicamentos orales Contra el Cáncer. Usted paga hasta \$250 por Medicamentos orales Contra el Cáncer en una Farmacia Participante, hasta un suministro de 30 días. Los Medicamentos orales Contra el Cáncer de una Farmacia Participante no están sujetos a ningún Deducible.

## **9 Cobertura Dental pediátrica:**

Los Beneficios dentales pediátricos se brindan a través del Administrador del Plan Dental (Dental Plan Administrator, DPA) de L.A. Care.

Servicios Cubiertos de ortodoncia. El Copago o Coseguro por Servicios Cubiertos de ortodoncia Medicamento Necesarios se aplica a un curso de tratamiento incluso si se extiende más allá de un Año Calendario. Esto se aplica mientras el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

*Este plan cumple con los requisitos del plan de referencia de beneficios de salud esenciales (Essential Health Benefits, EHB) de odontología pediátrica, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de Necesidad Médica según se define en el beneficio de Pruebas de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT).*

## **10 Cobertura de la Vista pediátrica:**

Los Beneficios de la vista pediátrica se brindan a través del Administrador del Plan de la Vista (Vision Plan Administrator, VPA) de L.A. Care.

Cobertura para marcos. Si se seleccionan marcos que son más costosos que el monto permitido establecido para marcos bajo este Beneficio, usted paga la diferencia entre el Monto Permitido y el cargo del proveedor.

Los “marcos de colección” están cubiertos sin pago por parte del Miembro de los Proveedores Participantes. Los Proveedores Participantes de las cadenas minoristas normalmente no muestran los marcos como “colección”, sino que mantienen una selección comparable de marcos.

Los “marcos que no son de colección” están cubiertos hasta un Monto Permitido de \$150; sin embargo, si el Proveedor Participante utiliza:

- precios al por mayor, entonces el Monto Permitido será de hasta \$99.06.
- precios de almacén, entonces el Monto Permitido será de hasta \$103.64.

Los Proveedores Participantes que utilizan precios mayoristas se identifican en el directorio de proveedores.

Los planes pueden modificarse para garantizar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

## Notas finales

---

- 11** 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 de seguros.
- 12** El Miembro es responsable de todos los cargos al recibir atención médica fuera de la red, a menos que los servicios proporcionados se consideren una emergencia médica o que los servicios proporcionados estén aprobados por el Plan. En algunos casos, un proveedor que no pertenece al plan puede ofrecer servicios cubiertos en una instalación dentro de la red donde se le ha autorizado recibir atención médica. Usted no es responsable por cualquier cantidad que exceda su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en los lugares que pertenecen al plan o instalaciones dentro de la red que autorizamos para que reciba atención médica.
- 13** 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.
- 14** 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 de seguros pagará todos los costos de los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia.
- 15** 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, el monto menor es el costo compartido aplicable.
- 16** La cobertura del traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público no está incluida.
- 17** El emisor de seguros de salud no puede imponer un costo compartido al miembro para el Autocontrol de la Diabetes, que se define como los servicios que se proporcionan para la capacitación, la educación y la terapia de nutrición médica para el autocontrol de pacientes diabéticos ambulatorios para permitir que un miembro use correctamente los dispositivos, equipos, medicamentos y suministros, y cualquier capacitación, educación y terapia de nutrición médica adicional para el autocontrol de pacientes ambulatorios cuando lo indique o recete el médico del miembro. Esto incluye, entre otros, la instrucción que permitirá a los pacientes diabéticos y sus familias comprender el proceso de la enfermedad diabética y el manejo diario de la terapia diabética, a fin de evitar hospitalizaciones frecuentes y complicaciones.
- 18** El costo compartido por los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del lugar del servicio.
- 19** En los Planes Gold Copay, las estadías en instalaciones para pacientes hospitalizados y hospitales de enfermería no tienen costo adicional después de los primeros 5 días de estadía continua.
- 20** El costo compartido del médico para pacientes hospitalizados puede aplicarse a cualquier médico que facture por separado del centro (por ejemplo, un cirujano). El médico de atención primaria o especialista de un miembro puede aplicar el costo compartido de la visita al consultorio cuando realiza una visita al miembro en un hospital o un hospital de enfermería. Para estadías de pacientes hospitalizados, si el centro no factura la tarifa del centro y la tarifa del médico o cirujano por separado, un emisor de seguros puede aplicar los requisitos de costo compartido para la tarifa del centro a la totalidad del cargo.
- 21** El concepto de Visita Ambulatoria dentro de la categoría de Servicios Ambulatorios incluye, entre otros, los siguientes tipos de visitas ambulatorias: quimioterapia ambulatoria, radioterapia ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria, diálisis ambulatoria y servicios similares ambulatorios.
- 22** No se requiere autorización previa para la visita inicial ambulatoria o al consultorio para hacer un diagnóstico o determinar el tratamiento. No se requiere autorización previa para la atención médica ambulatoria rutinaria proporcionada en el consultorio para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o consumo de sustancias cuando la proporciona un proveedor dentro de la red. No hay límite sobre el número de visitas al consultorio o ambulatorias.
- 23** Covered California puede aprobar desviaciones de los diseños del plan de beneficios para ciertos servicios caso por caso si es necesario para cumplir con la Ley de Paridad de Salud Mental de California o la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad para la Adicción (*Mental Health Parity and Addiction Equity Act*, MHPAEA) federal.

- 24** El tratamiento residencial de consumo 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 el trastorno de consumo de sustancias para pacientes hospitalizados.
- 25** Los Servicios de Hospitalización Parcial Ambulatorios incluyen atención médica ambulatoria intensiva hospitalaria a corto plazo. Para los Servicios de Hospitalización Parcial Ambulatorios, 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.
- 26** El tratamiento para los trastornos de la conducta para el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo está cubierto por los servicios ambulatorios de cuidado para los trastornos de la Conducta y Mentales.
- 27** Para medicamentos para tratar una enfermedad o afección, se aplica el copago o coseguro correspondiente al suministro de la receta médica para 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 de seguros ofrezca los medicamentos recetados pedidos por correo a un costo compartido reducido.
- 28** A continuación, se definen los niveles de medicamentos:

| Nivel | Definición                                                                                                                                                                                                     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | 1) La mayoría de los medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos de bajo costo.                                                                                                                  |
|       | 1) Medicamentos genéricos no preferidos;                                                                                                                                                                       |
|       | 2) Medicamentos de marca preferidos, y                                                                                                                                                                         |
|       | 3) Medicamentos recomendados por el comité de farmacia y terapéutica ( <i>pharmaceutical and therapeutics</i> , P&T) del plan en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.              |
|       | 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.                                                                                                |
|       | 1) Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos ( <i>Food and Drug Administration</i> , FDA) o el fabricante del medicamento exija que se distribuyan a través de farmacias de especialidad; |
|       | 2) Medicamentos que requieran que la persona inscrita cuente con capacitación especial o monitoreo clínico, o                                                                                                  |
|       | 3) Medicamentos que le cuesten al plan de salud (netos de reembolsos) más de seiscientos dólares (\$600) netos de reembolsos por un suministro para un mes.                                                    |

\*Algunos medicamentos pueden estar sujetos a un costo compartido de cero conforme a las reglas de servicios preventivos.

- 29** Los emisores de seguros deben cumplir la sección 156.122(d) del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (*Code of Federal Regulations*, CFR), con fecha del 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.
- 30** 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.
- 31** La parte de los costos que pagará el Miembro por los medicamentos orales contra el cáncer no superará los \$250 por una receta para un máximo de 30 días, de conformidad con la ley estatal (sección §1367.656 del Código de Salud y Seguridad, sección §10123.206 del Código de Seguros).
- 32** Si un proveedor autoriza un medicamento de Marca que el Plan no considera médicamente necesario, el Miembro tiene la opción de aceptar un equivalente Genérico alternativo o el Miembro deberá pagar su copago aplicable al equivalente de Marca.

- 33** Para todos los medicamentos para dejar el tabaco aprobados por la FDA, no puede imponerse ningún límite en la cantidad de días de tratamiento (ya sea solos o en combinación) durante el año del plan.
- 34** 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 su copago aplicable al equivalente de Marca. Además, para estar cubiertos sin copago ni Coseguro, es posible que se requiera autorización previa para determinados anticonceptivos.
- 35** La categoría Otros proveedores de servicios de salud puede incluir Enfermeros 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, Podólogos, acupunturistas con práctica médica, Dietistas Titulados y otros asesores nutricionales. Nada de lo detallado en esta nota impide que un plan utilice otra categoría de beneficios comparable que no sea la categoría de visitas a especialista para un servicio proporcionado por uno de estos proveedores de servicios de salud. Los servicios proporcionados por otros proveedores de servicios de salud para el tratamiento de la salud mental o de un trastorno de consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios para la salud Mental/Conductual o trastornos de Consumo de Sustancias.
- 36** Los especialistas son médicos con una de las siguientes especialidades: alergias, 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. Los servicios proporcionados por especialistas para el tratamiento de la salud mental o de un trastorno de consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios para la salud Mental/Conductual o trastornos de Consumo de Sustancias.
- 37** Esto incluye marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera.
- 38** Examen rutinario de la vista, 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 lugar 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 anteojos en lugar de bifocales; reemplazo de lentes, marcos o lentes de contacto; tratamiento médico o quirúrgico; tratamiento ortóptico; entrenamiento visual o pruebas adicionales. 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 por 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.
- 39** Según corresponda, para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios dentales para niños, un emisor de seguros puede elegir el diseño del plan de beneficios estándares dentales para niños con copago o coseguro, independientemente de que seleccione el diseño con copago o coseguro para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios que no sean dentales. En el plan Catastrophic, debe aplicarse el deducible para los beneficios dentales no preventivos para niños.
- 40** Un diseño de beneficios de un plan de salud que utiliza el diseño de copago de beneficios dentales estándar para niños debe cumplir la Tabla de Copagos Dentales de Covered California de 2025.
- 41** El costo compartido del Miembro por los servicios de Ortodoncia Médicamente Necesarios se aplica al curso de tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al curso del tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en el plan.
- 42** Para cualquier diseño de plan de beneficios en el que no esté presente una designación de Solo Individual o Solo Covered California para Pequeñas Empresas (*Covered California Small Business*, CCSB), el diseño del plan de beneficios será aplicable a los mercados individuales y de grupos pequeños. Si un plan de salud busca ofrecer dichos diseños de planes de beneficios en ambos mercados, se tratarán como diseños de planes de beneficios separados para fines de cumplimiento normativo.
- 43** Los términos de costos compartidos y los requisitos de acumulación para los Beneficios de Salud no Esenciales que son servicios cubiertos no se tratan en estos Diseños de los Planes de Beneficios Enfocados en el Paciente.

- 44** Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias: Otros Artículos y Servicios para Pacientes Ambulatorios incluyen, entre otros, hospitalización parcial, tratamiento psiquiátrico intensivo multidisciplinario para pacientes ambulatorios, programas de tratamiento diurno, programas intensivos para pacientes ambulatorios, tratamiento para los trastornos de la conducta para trastorno generalizado del desarrollo (*Pervasive Developmental Disorder*, PPD) o autismo administrado en el hogar y otros servicios intermedios ambulatorios que se encuentran entre la atención hospitalaria y las visitas regulares al consultorio para pacientes ambulatorios.
- 45** El máximo de gastos de bolsillo en Bronze HDHP no excederá al límite máximo de gastos de bolsillo especificado por el Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*, IRS) en su procedimiento de ingresos para el año calendario 2025 para montos ajustados por inflación para HDHP vinculados a Cuentas de ahorros para la salud (*Health Savings Accounts*, HSA), emitido de conformidad con la sección 26 del Código de los Estados Unidos (*United States Code*, U.S.C.), sección 223.
- 46** Cuando esté indicado, el deducible no se aplica a las primeras tres visitas no preventivas, que pueden incluir visitas de atención primaria, otras visitas al consultorio de un proveedor de servicios de salud, visitas a especialistas, visitas de atención médica de urgencia o visitas ambulatorias por Trastornos de Salud Mental o Consumo de Sustancias.
- 47** Estas Notas finales no limitan la obligación del emisor de cumplir con las leyes, normas o regulaciones Federales, Estatales o locales aplicables. En el caso de que un emisor esté sujeto a una ley, norma o reglamento recientemente promulgado o enmendado que entre en conflicto con los requisitos de estas Notas finales, el emisor deberá cumplir con la ley, norma o reglamento y cualquier orientación aplicable de su autoridad reguladora. Cuando estas Notas finales excedan los requisitos impuestos por la ley, el emisor deberá cumplir con los requisitos establecidos en estas Notas finales.

## Infórmese sobre su cobertura

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

## Información básica

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

## Programas especiales

L.A. Care ofrece los siguientes programas especiales:

- **Programas de Mejora de la Calidad** para mejorar la calidad y la equidad de la atención médica, la seguridad y los servicios que ofrecemos a nuestros miembros. Estos programas le ayudan a mantenerse saludable. También ayudan a L.A. Care a garantizar que nuestros miembros reciban la atención que necesitan.
- **Programas de Administración de la 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 con base únicamente en sus necesidades y sus beneficios. No alentamos a los médicos a brindar menos atención médica de la que usted necesita, y tampoco se les paga para que denieguen la atención médica.
- Cómo comunicarse con nosotros si desea obtener más información sobre cómo se toman las decisiones acerca de su atención médica.

- Cómo apelar una decisión sobre su atención médica, incluida una revisión independiente externa.
- L.A. Care tiene una lista de medicamentos cubiertos, conocida como formulario.
- El formulario será actualizado y publicado mensualmente, y puede encontrarlo junto con sus actualizaciones en nuestro sitio web en **lacare.org/es**.
- Ciertos medicamentos cubiertos tienen restricciones, como la terapia de pasos (*Step Therapy, ST*), los límites de cantidad (*Quantity Limits, QL*), o requieren una autorización previa (*Prior Authorization, PA*).
- Los medicamentos genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) se utilizarán en la mayoría de los casos, incluso cuando se encuentre disponible un medicamento de marca.
- Si su medicamento no está incluido en el formulario, o tiene una restricción, su médico deberá presentar una solicitud a L.A. Care. La solicitud podrá aprobarse si existe una necesidad médica documentada.
- Para ver una lista completa y la explicación de las restricciones y los procedimientos de gestión farmacéutica, visite el sitio web de L.A. Care en **lacare.org/es**.

### **Asuntos relacionados con los miembros**

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

Si desea copias impresas de su Evidencia de cobertura (*Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*), llámenos al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y en días festivos.

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

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

# Table of Contents

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Servicio al cliente . . . . .                                                                       | 7  |
| ¿Le damos la bienvenida! . . . . .                                                                  | 7  |
| ¿Qué es esta publicación? . . . . .                                                                 | 7  |
| Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación . . . . .                           | 7  |
| ¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda? . . . . .                                                | 8  |
| Privacidad de la información médica . . . . .                                                       | 8  |
| Tarjeta de identificación para miembro (ID Card) . . . . .                                          | 11 |
| Lista y directorio de proveedores . . . . .                                                         | 11 |
| Asistencia con el idioma y recursos para personas con discapacidades . . . . .                      | 12 |
| Área de servicio . . . . .                                                                          | 14 |
| Acceso oportuno a la atención médica . . . . .                                                      | 15 |
| Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias . . . . .                          | 15 |
| Información útil en Internet: <b>lacare.org/es</b> . . . . .                                        | 16 |
| Declaración de derechos de los miembros. . . . .                                                    | 17 |
| Cómo obtener atención médica . . . . .                                                              | 19 |
| Médico de atención primaria (PCP) . . . . .                                                         | 19 |
| ¿Cuál es la diferencia entre un miembro o una persona inscrita y un dependiente inscrito? . . . . . | 19 |
| Cómo programar una cita . . . . .                                                                   | 19 |
| Cómo cambiar a su PCP . . . . .                                                                     | 20 |
| Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care . . . . .     | 20 |
| Evaluación de la salud . . . . .                                                                    | 21 |
| Servicios para los trastornos de la conducta . . . . .                                              | 22 |
| Segundas opiniones . . . . .                                                                        | 29 |
| Cómo encontrar una farmacia . . . . .                                                               | 29 |
| Copagos de farmacia . . . . .                                                                       | 31 |
| Servicios de atención médica de emergencia y urgencia . . . . .                                     | 32 |
| Servicios no calificados . . . . .                                                                  | 35 |
| Continuidad de la atención médica . . . . .                                                         | 35 |
| Quejas y apelaciones. . . . .                                                                       | 36 |
| Cómo presentar una queja. . . . .                                                                   | 36 |
| Cómo presentar una queja por casos urgentes . . . . .                                               | 37 |
| Revisión Médica Independiente. . . . .                                                              | 38 |

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada . . . . .                         | 39        |
| <b>Elegibilidad e inscripción . . . . .</b>                                                 | <b>40</b> |
| Período de inscripción abierta . . . . .                                                    | 41        |
| Inscripción especial . . . . .                                                              | 41        |
| <b>Responsabilidades de pago . . . . .</b>                                                  | <b>43</b> |
| ¿Qué son las primas (cuotas prepagas)? . . . . .                                            | 43        |
| Primas mensuales . . . . .                                                                  | 43        |
| Comprobante de cobertura . . . . .                                                          | 44        |
| ¿Qué son los copagos (otros cargos)? . . . . .                                              | 44        |
| Costos compartidos. . . . .                                                                 | 44        |
| El deducible anual. . . . .                                                                 | 45        |
| Máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM) . . . . .                                         | 46        |
| Solicitud de finalización mediante notificación por escrito . . . . .                       | 46        |
| Notificación de finalización por escrito . . . . .                                          | 47        |
| <b>Beneficios del plan . . . . .</b>                                                        | <b>49</b> |
| Cirugía bariátrica . . . . .                                                                | 49        |
| Servicios para los trastornos de la conducta . . . . .                                      | 49        |
| Servicios para el cáncer . . . . .                                                          | 52        |
| Estudios clínicos . . . . .                                                                 | 53        |
| Servicios dentales y de ortodoncia . . . . .                                                | 54        |
| Cuidados para la diabetes . . . . .                                                         | 54        |
| Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico . . . . .                              | 55        |
| Atención de diálisis . . . . .                                                              | 56        |
| Equipo médico duradero (DME) . . . . .                                                      | 56        |
| Servicios de atención médica de emergencia . . . . .                                        | 56        |
| Planificación familiar. . . . .                                                             | 58        |
| Servicios de educación para la salud y programa de bienestar. . . . .                       | 58        |
| Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) . . . . .                      | 60        |
| Servicios de salud en el hogar . . . . .                                                    | 60        |
| Cuidados paliativos . . . . .                                                               | 61        |
| Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados . . . . .                               | 62        |
| Cuidados de maternidad . . . . .                                                            | 63        |
| Terapia nutricional médica (MNT) . . . . .                                                  | 64        |
| Transporte médico. . . . .                                                                  | 64        |
| Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios en establecimientos ambulatorios . . . . . | 64        |
| Suministros de urología y ostomía. . . . .                                                  | 65        |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Control del dolor . . . . .                                                             | 65        |
| Servicios pediátricos . . . . .                                                         | 65        |
| Servicios de podiatría (cuidado de los pies) . . . . .                                  | 66        |
| Atención médica prenatal . . . . .                                                      | 66        |
| Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios . . . . . | 67        |
| Servicios de atención médica preventiva . . . . .                                       | 69        |
| Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios . . . . .      | 71        |
| Prótesis y dispositivos ortopédicos . . . . .                                           | 71        |
| Cirugía reconstructiva . . . . .                                                        | 72        |
| Atención de enfermería especializada . . . . .                                          | 73        |
| Servicios para trastornos por consumo de sustancias . . . . .                           | 73        |
| Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de otros tipos . . . . .                 | 73        |
| Servicios para transgéneros . . . . .                                                   | 74        |
| Trasplantes . . . . .                                                                   | 74        |
| Servicios para los Niños de California (CCS). . . . .                                   | 74        |
| Exclusiones y limitaciones . . . . .                                                    | 75        |
| <b>Información general . . . . .</b>                                                    | <b>79</b> |
| Participación en el programa de beneficios . . . . .                                    | 79        |
| Notificaciones . . . . .                                                                | 79        |
| Cómo se le paga a un proveedor . . . . .                                                | 79        |
| Disposiciones en materia de reembolsos: si usted recibe una factura . . . . .           | 79        |
| Contratistas independientes. . . . .                                                    | 80        |
| Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). . . . .               | 80        |
| Coordinación de beneficios . . . . .                                                    | 80        |
| Responsabilidad de terceros . . . . .                                                   | 80        |
| Participación en las políticas públicas . . . . .                                       | 80        |
| Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC). . . . .                          | 80        |
| Aviso de prácticas de información . . . . .                                             | 81        |
| Ley aplicable . . . . .                                                                 | 81        |
| Nuevas tecnologías . . . . .                                                            | 81        |
| Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones. . . . .                            | 81        |
| Aceptación del <i>Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros</i> . . . . .           | 81        |
| Indivisibilidad del acuerdo. . . . .                                                    | 81        |
| <b>Definiciones . . . . .</b>                                                           | <b>82</b> |
| <b>Números de teléfono importantes . . . . .</b>                                        | <b>90</b> |
| <b>Mapa de áreas de servicio . . . . .</b>                                              | <b>91</b> |

# Servicio al cliente

## ¡Le damos la bienvenida!

Bienvenido a L.A. Care Health Plan (L.A. Care). L.A. Care es una entidad pública cuyo nombre oficial es Local Initiative Health Authority for Los Angeles County. L.A. Care es un plan de salud de atención médica administrada, independiente y público, certificado por el estado de California. L.A. Care trabaja con médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores para ofrecerle servicios de atención médica de calidad (aquí denominado miembro o persona inscrita).

## ¿Qué es esta publicación?

Esta publicación se denomina Acuerdo del Suscriptor y Documento combinado de Evidencia de cobertura y Formulario de divulgación (también denominado *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*). Se trata de un documento legal que explica su plan de atención médica y debe responder numerosas preguntas importantes sobre sus beneficios. Este documento contiene algunas palabras y términos con los que puede no estar familiarizado. Consulte la sección de Definiciones al final de este Manual para Miembros para asegurarse de que comprende lo que significan estas palabras y frases. Independientemente de que usted sea la persona inscrita principal en la cobertura o que esté inscrito como miembro de una familia, este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* es una herramienta fundamental para aprovechar su membresía al máximo. Obtendrá información sobre temas importantes, que abarcan desde cómo seleccionar un médico de atención primaria (*Primary Care Physician, PCP*) hasta qué hacer si necesita ser hospitalizado.

## Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación

### *Plazo de este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*

Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* tendrá vigencia desde el 1.º de enero de 2025 (o la fecha de entrada en vigor de su membresía, si es posterior) hasta el 31 de diciembre de 2025, a menos que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*:

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

### *Sección de renovación*

Si usted cumple con todos los términos de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, le ofreceremos renovarlo a partir del 1.º de enero de 2025. Le enviaremos un nuevo acuerdo o manual (o publicaremos el nuevo documento en nuestro sitio web si ha optado por recibir estos documentos en línea) que entrará en vigor inmediatamente después de que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* quede sin efecto, o prolongaremos el plazo de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, conforme al proceso de modificación detallado a continuación.

### *Proceso de modificación*

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

## ¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?

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

**Nota:** Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* proporciona los términos y condiciones de su cobertura con 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  
1200 W. 7th Street  
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™, los Miembros se comprometen a respetar todos los términos y condiciones de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

## Privacidad de la información médica

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

A fin de mantener la información médica protegida sobre usted y su familia en privado, L.A. Care:

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

Todos los integrantes del personal de L.A. Care que tienen acceso a su información médica protegida han recibido capacitación sobre las leyes de privacidad. Siguen las pautas de L.A. Care. Además, firman un acuerdo para confirmar que se comprometen a mantener privada toda la información médica protegida. L.A. Care no proporciona la información médica protegida a ninguna persona o grupo que no tenga derecho a recibirla en virtud de la ley. L.A. Care necesita cierta información acerca de usted para poder brindarle buenos servicios de atención médica. Entre la información médica protegida que se recopila, utiliza y divulga de manera rutinaria y otros datos de información confidencial se incluyen:

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

- domicilio
- número de teléfono de su casa o trabajo
- número de teléfono celular
- 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

Podemos compartir su información según lo permitido por la ley. Esto puede suceder cuando:

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

L.A. Care puede proporcionar su información médica protegida 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 protegida 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

### ***Confidencialidad de la información médica***

De acuerdo con la ley de California, L.A. Care protege la confidencialidad de la información médica de los miembros. Debido a que L.A. Care mantiene información médica para brindar acceso a personas o proveedores de atención médica para administrar información o para diagnóstico y tratamiento, se le considera un proveedor de atención médica según esta parte. Esta designación se aplica únicamente a esta parte y no a ninguna otra ley. La información médica incluye información sobre solicitudes de salud reproductiva o sexual de conformidad con los párrafos 56.05 y 56.06 del Código Civil.

Los pasos que tomamos para esto incluyen:

- No requerimos que una persona protegida\* obtenga la autorización del suscriptor principal o de otro miembro para recibir servicios confidenciales.\*\*

- Dirigiremos las comunicaciones\*\*\* con respecto a la recepción de servicios confidenciales por parte de una persona protegida:
  - Directamente a la dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativo designado de la persona protegida, o
  - En ausencia de una dirección o número de teléfono alternativo designado, dirigiremos las comunicaciones al número de teléfono en el archivo a nombre de la persona protegida.
- No divulgaremos información médica relacionada con servicios de atención médica confidenciales brindados a una persona protegida al suscriptor principal o a cualquier otro miembro en el plan sin la autorización expresa de la persona protegida.
- No divulgaremos información médica relacionada con un niño que recibe atención médica de reafirmación de género o atención de salud mental en respuesta a una acción civil contra una persona o entidad basada en la ley de otro estado que autoriza a un individuo a iniciar una acción civil contra una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de reafirmación de género o atención de salud mental de reafirmación de género.
- No divulgaremos información médica a personas o entidades que hayan solicitado dicha información y que estén autorizadas por ley a recibir dicha información de conformidad con la § 56.10(c) del Código Civil, si la información está relacionada con una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de reafirmación de género o atención de salud mental, y la información se solicita de conformidad con la ley de otro estado que autoriza a una persona a iniciar una acción civil contra una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de reafirmación de género o atención de salud mental. Sección 56.109 del Código Civil.

\*Una persona protegida es cualquier adulto cubierto por el plan de salud del suscriptor o un menor que puede dar su consentimiento para un servicio de atención médica sin el consentimiento de un padre o tutor legal.

\*\*Servicios confidenciales se refiere a todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, el trastorno de consumo de sustancias, la atención de reafirmación de género y la violencia de pareja íntima.

\*\*\*Las comunicaciones incluyen:

- Facturas e intentos de cobro
- Avisos de determinaciones adversas de beneficios
- Avisos de explicación de beneficios
- Solicitudes de información adicional sobre un reclamo
- Notificaciones de un reclamo impugnado
- El nombre y la dirección de un proveedor, la descripción de los servicios prestados y otra información relacionada con una visita
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica de un plan que contenga información médica protegida

Las personas pueden solicitar adaptaciones para comunicaciones confidenciales comunicándose con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** o enviando una solicitud por escrito por correo postal de primera clase a la siguiente dirección:

L.A. Care Health Plan  
Attention: Director of Customer Solution Center  
1200 W. 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

La solicitud debe incluir la información del miembro y la información de contacto alternativa. Cualquier solicitud se implementará dentro de los 7 días posteriores a la recepción de una solicitud telefónica o 14 días posteriores a la recepción de una solicitud por correo postal de primera clase. La adaptación permanecerá vigente hasta que la persona revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE L.A. CARE PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ BAJO SOLICITUD.

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

## Tarjeta de identificación para miembro

Recibirá una tarjeta de identificación que indica que usted es miembro de L.A. Care. Lleve su tarjeta de identificación para miembro con usted en todo momento. Entregue la tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital u otro proveedor cuando necesite atención médica. Su tarjeta de identificación para miembro contiene información que los profesionales de atención médica necesitan para asegurarse de que su atención médica esté cubierta. No proporcionar su tarjeta de identificación para miembro cuando busca atención médica puede resultar en una facturación inexacta.

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Member Services:            | <b>1.855.270.2327</b> (TTY 711) |
| Nurse Advice Line:          | <b>1.800.249.3619</b> (TTY 711) |
| Behavioral Health Services: | <b>1.877.344.2858</b> (TTY 711) |
| Telehealth:                 | <b>1.855.270.2327</b> (TTY 711) |

---

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| <b>Providers can call for:</b> |                       |
| Pre-authorizations*:           | <b>1.877.431.2273</b> |
| Pharmacy Help Desk:            | <b>1.844.268.9787</b> |

\*Pre-authorization is required for all non-emergent hospital admissions.

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Submit Medical Claims to:</b>                                                            |
| L.A. Care Health Plan<br>Attn: Claims Mail Room<br>P.O. Box 811580<br>Los Angeles, CA 90017 |

Access your personal online account with L.A. Care Connect [members.lacare.org](http://members.lacare.org)

|                                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| <b>Effective Date:</b>                                                             | <b>Plan Level:</b>                                                                  |
| Name:                                                                              |                                                                                     |
| Member ID:                                                                         | RxBIN: <b>610602</b>                                                                |
| PCP/Clinic:                                                                        | RxPCN: <b>NVT</b>                                                                   |
| PCP Phone:                                                                         | RxGroup: <b>LCC</b>                                                                 |
| Medical Group:                                                                     |                                                                                     |
| Medical Group Phone:                                                               |                                                                                     |
| Office Visit:                                                                      | Urgent Care: ER Visit (Waived if admitted):                                         |

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

Para comprender mejor la información incluida en su tarjeta de identificación, visite [www.lacare.org/members/lacare-covered/your-member-id-card](http://www.lacare.org/members/lacare-covered/your-member-id-card).

## Lista y directorio de proveedores

L.A. Care mantiene una lista actualizada de todos los médicos, hospitales, farmacias y servicios de salud mental de la red de L.A. Care en su sitio web en [lacare.org/es](http://lacare.org/es). Puede buscar proveedores por área, especialidad, idiomas que hablan, accesibilidad y otras características. También puede solicitar un directorio de proveedores llamando a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva). Algunos hospitales y otros proveedores pueden tener una objeción moral a brindar algunos servicios. Además, es posible que algunos hospitales y otros proveedores no brinden uno o más de los siguientes servicios que podrían estar cubiertos por el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podrían necesitar:

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

Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, grupo médico, Asociación de Consultorios Independiente o clínica, o llame a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva) para garantizar que pueda obtener los servicios de atención médica que necesita.

## **Asistencia con el idioma y recursos para personas con discapacidades**

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

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

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

### **Información escrita en su idioma y formato**

**Inglés:** Free language assistance services are available. You can request interpreting or translation services, information in your language or in another format, or auxiliary aids and services. Call L.A. Care at **1.855.270.2327** (TTY 711 if you are deaf or hard of hearing), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.

**Spanish:** Los servicios de asistencia de idiomas están disponibles de forma gratuita. Puede solicitar servicios de traducción e interpretación, información en su idioma o en otro formato, o servicios o dispositivos auxiliares. Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

**Chinese:** 提供免費語言協助服務。您可申請口譯或翻譯服務您使用之語言版本或其他格式的資訊或輔助援助和服務。請致電 L.A. Care 電話 **1.855.270.2327** (TTY 711)，服務時間為每週 7 天·每天 24 小時(包含假日)。上述電話均為免費。

**Vietnamese:** Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ biên dịch hoặc phiên dịch, thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoặc bằng các định dạng khác, hay các dịch vụ và thiết bị hỗ trợ ngôn ngữ. Xin vui lòng gọi L.A. Care tại **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.

**Tagalog:** Available ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng pag-interpret o pagsasalang-wika, impormasyon na nasa iyong wika o nasa ibang format, o mga karagdagang tulong at serbisyo. Tawagan ang L.A. Care sa **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga holiday. Libre ang tawag.

**Korean:** 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 또는 번역 서비스, 귀하가 사용하는 언어 또는 기타 다른 형식으로 된 정보 또는 보조 지원 및 서비스 등을 요청하실 수 있습니다. 공휴일을 포함해 주 7일, 하루 24시간 동안 L.A. Care, **1.855.270.2327** (TTY 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Armenian:** Տրամադրելի են լեզվական օգնության անվճար ծառայություններ: Կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանչական կամ թարգմանչական ծառայություններ, Ձեր լեզվով կամ տարբեր ձևաչափով տեղեկություն, կամ օժանդակ օգնություններ և ծառայություններ: Զանգահարեք L.A. Care **1.855.270.2327** համարով (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Այս հեռախոսազանգն անվճար է:

### **Farsi:**

خدمات رایگان امداد زبانی موجود می باشد. می توانید برای خدمات ترجمه شفاهی یا کتبی، اطلاعات به زبان خودتان یا فرمت دیگر، با امدادها و خدمات اضافی درخواست کنید. با L.A. Care به شماره **1.855.270.2327** (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته شامل روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатные услуги перевода. У Вас есть возможность подать запрос о предоставлении устных и письменных услуг перевода, информации на Вашем языке или в другом формате, а также вспомогательных средств и услуг. Звоните в L.A. Care по телефону **1.855.270.2327** (TTY 711) 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, включая праздничные дни. Этот звонок является бесплатным.

**Japanese:** 言語支援サービスを無料でご利用いただけます。通訳・翻訳サービス、日本語や他の形式での情報、補助具・サービスをリクエストすることができます。L.A. Careまでフリーダイヤル**1.855.270.2327** (TTY 711) にてご連絡ください。祝休日を含め毎日24時間、年中無休で受け付けています。

#### :Arabic

خدمات المساعدة اللغوية متاحة مجاناً. يمكنك طلب خدمات الترجمة الفورية أو الترجمة التحريرية أو معلومات بلغتك أو بتنسيق آخر أو مساعدات وخدمات إضافية. اتصل بـ L.A. Care على الرقم **1.855.270.2327** (TTY 711) على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. المكالمات مجانية.

**Punjabi:** ਪੰਜਾਬੀ: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਆਬੀਆ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਂ ਕਸਿੰ ਹੋਰ ਫੋਰਮੈਟ ਵਿਚ, ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਣਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। L.A. Care ਨੂੰ **1.855.270.2327** (TTY 711) ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਇੱਕ ਦਿਨ ਵਿਚ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਵਿਚ 7 ਦਿਨ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਸਮੇਤ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

**Khmer:** សេវាជំនួយខាងភាសា គឺមានដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬការបកប្រែ ស្នើសុំព័ត៌មាន ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់មួយទៀត ឬជំនួយប្រយោជន៍ផ្សេងៗ និងសេវា។ ទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care តាមលេខ **1.855.270.2327** (TTY 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj tuaj yeem thov kom muab cov ntaub ntawv txhais ua lus lossis txhais ua ntawv rau koj lossis muab txhais ua lwm yam lossis muab khoom pab thiab lwm yam kev pab cuam. Hu rau L.A. Care ntawm tus xov tooj **1.855.270.2327** (TTY 711), tuaj yeem hu tau txhua txhua 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib vij thiab suab nrog cov hnub so tib si, tus xov tooj no hu dawb xwb.

**Hindi:** मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। आप दुभाषयि या अनुवाद सेवाओं, आपकी भाषा या कसिी अन्य प्रारूप में जानकारी, या सहायक उपकरणों और सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप L.A. Care को **1.855.270.2327** (TTY 711) नंबर पर फ़ोन करें, दनि में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दनि, छुट्टियों सहति। कॉल मुफ्त है।

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

**Lao:** ພາສາອັງກິດ ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ ຫຼື ແປພາສາໄດ້, ສຳລັບຂໍ້ມູນໃນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ, ຫຼື ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການເສີມ. ໃຫ້ໂທຫາ L.A. Care ໄດ້ທີ່ **1.855.270.2327** (TTY 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງວັນພັກຕ່າງໆ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

### **Servicios de interpretación gratuitos**

Al recibir servicios de atención médica, usted tiene derecho a los servicios de interpretación de forma gratuita. L.A. Care ofrece servicios de interpretación gratuitos en su idioma, incluido el lenguaje de señas americano. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Es importante que haya un intérprete profesional presente en su cita médica, ya que le ayudará a comunicarse con su médico y a comprender su estado de salud y cómo cuidarse. Un intérprete profesional está capacitado, conoce la terminología médica e interpretará de forma correcta y completa todo lo que se digan entre usted y su médico. El intérprete respetará la confidencialidad y privacidad de su conversación con el médico. No debe usar como intérpretes a amigos ni familiares, especialmente a niños. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva) 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 Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva) al menos diez días hábiles antes de su cita y proporcione la siguiente información:

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

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

### ***Información sobre acceso para personas con discapacidades***

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

Ningún consultorio médico, clínica u hospital puede denegarle los servicios por tener una discapacidad. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711** si tiene sordera o deficiencia auditiva) si no puede recibir los servicios que necesita o si le resulta difícil obtenerlos.

### ***Quejas***

Usted tiene derecho a presentar una queja si:

- Cree que le denegaron los servicios debido a una discapacidad o a que no habla inglés.
- No puede obtener un intérprete.
- Tiene una queja sobre el intérprete.
- No puede conseguir información en su idioma o formato.
- No se cumplen sus necesidades culturales.

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

### **Área de servicio**

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

#### ***Si viaja fuera del condado de Los Ángeles***

Como miembro de L.A. Care Covered™, su área de servicio es el condado de Los Ángeles (excluida la Isla Catalina). Por lo tanto, todos los centros fuera del condado de Los Ángeles (incluso fuera de los Estados Unidos) quedan fuera de su área de servicio. La atención médica de rutina no está cubierta fuera del área de servicio. Los servicios de atención médica de urgencia y de emergencia sí están cubiertos fuera del condado de Los Ángeles.

#### ***¿Está fuera del condado de Los Ángeles?***

Si tiene una emergencia cuando no está en el condado de Los Ángeles, puede obtener servicios de emergencia en el establecimiento para emergencias más cercano (consultorio del médico, clínica u hospital) incluso cuando viaja fuera de California o los Estados Unidos. Los servicios de emergencia no necesitan referencia ni autorización de su PCP. Si es admitido en un hospital no perteneciente a la red de L.A. Care o en un hospital donde no trabaja su PCP ni otro de sus médicos, L.A. Care tiene derecho a trasladarle a un hospital de la red en cuanto usted esté médicamente seguro. Su PCP debe brindarle atención médica de seguimiento cuando salga del hospital. Consulte la sección “*Servicios de emergencia*” para obtener más detalles sobre la atención médica de emergencia.

# Acceso oportuno a la atención médica

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

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

## ***Tiempo de espera para obtener una cita***

Los miembros del plan de salud tienen derecho a citas para atención médica y salud mental o trastorno de consumo de sustancias dentro de los siguientes plazos:

| Citas de urgencia                                                                                                                                                                         | Tiempo de espera |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Para servicios que no requieren aprobación previa                                                                                                                                         | 48 horas         |
| Para servicios que requieren aprobación previa                                                                                                                                            | 96 horas         |
| Citas de rutina                                                                                                                                                                           | Tiempo de espera |
| Cita de atención primaria                                                                                                                                                                 | 10 días hábiles  |
| Cita con un especialista, incluido un médico especialista en servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias ( <i>Mental Health and Substance Use Disorder, MH/SUD</i> ) | 15 días hábiles  |
| Cita con un proveedor de atención médica de salud mental o trastornos por consumo de sustancias (que no es médico)                                                                        | 10 días hábiles* |
| Cita para otros servicios para diagnosticar o tratar una afección de salud                                                                                                                | 15 días hábiles  |

\*Esto no pretende limitar las citas de seguimiento a una vez cada 10 días hábiles.

## **Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias**

Si no puede asistir a la cita ofrecida por L.A. Care, continuaremos organizando y programando una nueva cita para garantizar la prestación de los servicios de MH/SUD médicamente necesarios.

Si una cita o admisión con un proveedor no está disponible dentro de los 90 días calendario posteriores a la presentación inicial de una solicitud, el miembro puede programar una cita o admisión para la fecha más temprana posible fuera del período de 90 días, siempre que la cita o admisión se haya confirmado dentro de los 90 días.

## ***Tiempos de espera telefónicos***

- Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hablar con un profesional de la salud calificado para decidir si su problema de salud es urgente. Si alguien necesita devolverle la llamada, deben llamarle en un lapso de 30 minutos. Busque el número de teléfono en su tarjeta de identificación.
- Si llama a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva), alguien debe contestar el teléfono en un lapso de 10 minutos durante el horario de atención habitual.

### ***Excepciones***

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

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

### **Información útil en Internet: [lacare.org/es](http://lacare.org/es)**

¿Utiliza Internet? Nuestro sitio web, **[lacare.org/es](http://lacare.org/es)**, es un gran recurso. Usted puede:

- buscar un médico
- solicitar un cambio de médico
- obtener información sobre sus beneficios
- conocer las opciones para pagar su prima
- solicitar documentos y formularios para miembros
- aprender más sobre sus derechos de privacidad
- conocer sus derechos y responsabilidades
- presentar una queja (denominada “queja”)

También puede consultar si cumple con los requisitos necesarios para recibir cobertura médica. Incluso puede solicitar un cambio de médico o grupo médico. Dado que esta información es privada, debe registrarse para entrar al sitio de L.A. Care Connect. (Tenga a mano su tarjeta de identificación para miembro, ya que le pediremos su número de identificación de miembro). Usted puede acceder a su cuenta de L.A. Care Connect visitando **[lacare.org/es](http://lacare.org/es)** y haciendo lo siguiente:

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

# Declaración de derechos de los miembros

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

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

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

**Escoger y participar en la atención médica que usted recibe.** Tiene derecho a recibir información sobre L.A. Care y nuestros servicios, médicos y demás proveedores. Tiene derecho a elegir su médico de atención primaria (médico) de la lista de médicos y clínicas que se incluyen en el sitio web o el directorio de proveedores de L.A. Care. También tiene derecho a conseguir citas en un tiempo razonable. Tiene derecho a hablar con su médico acerca de cualquier tratamiento que su médico le brinde o recomiende. Tiene derecho a una segunda opinión. Tiene derecho a recibir información sobre el tratamiento, sin importar el costo o cuáles sean sus beneficios. Tiene derecho a decir “no” al tratamiento. Tiene derecho a decidir por adelantado qué tipo de atención médica quiere recibir en caso de que tenga una enfermedad o lesión que ponga en peligro su vida.

**Recibir un servicio al cliente oportuno.** Tiene derecho a 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 inquietudes.** Tiene derecho a quejarse de L.A. Care, nuestros proveedores o la atención médica que reciba, sin temor a perder sus beneficios. L.A. Care le ayudará con el proceso. Si no está de acuerdo con una decisión, tiene derecho a solicitar una revisión. Tiene derecho a cancelar su membresía en L.A. Care en cualquier momento.

**Obtener servicios fuera de la red de proveedores de L.A. Care.** Tiene derecho a recibir servicios de atención médica de emergencia, de urgencia o servicios en ciertas instalaciones fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Tiene derecho a recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite. Si recibe atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos, tiene derecho a que se le reembolse el costo de los servicios de emergencia en la cantidad máxima permitida.

**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 pedir a un niño que sea su 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 con respeto y cortesía.** Tiene la responsabilidad de tratar con respeto y cortesía a su médico de L.A. Care, a todos los proveedores y al personal. Tiene la responsabilidad de llegar puntualmente a sus consultas o de llamar al consultorio de su médico por lo menos 24 horas antes de la consulta para cancelarla o reprogramarla.

**Dar información correcta, completa y actualizada.** Tiene la responsabilidad de dar información correcta a todos sus proveedores. Tiene la responsabilidad de hacerse chequeos regulares 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 más pronto posible si un proveedor le factura por error.

**Seguir los consejos de su médico y participar en su atención médica.** Tiene la responsabilidad de hablar con su médico sobre sus necesidades de atención médica, de desarrollar 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**.

**Informar acerca de delitos.** Usted tiene la responsabilidad de denunciar los casos de fraude en la atención médica o cualquier otro acto indebido a L.A. Care. Puede informar sin dar su nombre llamando a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de L.A. Care al número gratuito **1.800.400.4889**.

# Cómo obtener atención médica

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

## Médico de atención primaria (PCP)

Lea la siguiente información para saber de quiénes o de qué grupo de proveedores puede obtener atención médica. Todos los miembros de L.A. Care deben tener un médico de atención primaria (*Primary Care Physician, PCP*). El nombre y número de teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care. A excepción de los servicios de emergencia, su PCP coordinará todas sus necesidades médicas, lo referirá a los especialistas y hará los arreglos necesarios con el hospital. Cada PCP trabaja con un grupo de proveedores participantes (*Participating Provider Group, PPG*), que es otro modo de denominar a un grupo médico. Cada PPG trabaja con determinados especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica. El PCP que usted elija determinará qué proveedores de atención médica estarán a su disposición.

## ¿Cuál es la diferencia entre un miembro o una persona inscrita y un dependiente inscrito?

Si bien todos los miembros o las personas inscritas de L.A. Care son miembros, existe una diferencia entre una persona inscrita y un dependiente inscrito. Un miembro o una persona inscrita es el miembro que se inscribió en L.A. Care después de que Covered California™ determinara que era elegible. El miembro o 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 del miembro o la persona inscrita le permite ser miembro de L.A. Care.

**¿Por qué destacamos la diferencia?** Porque los miembros o las personas inscritas suelen tener responsabilidades especiales, como compartir las actualizaciones sobre los beneficios con cualquier dependiente inscrito. Los miembros o las personas inscritas también tienen otras responsabilidades especiales que se detallan en esta publicación. Si usted es un miembro o una persona inscrita, en lo sucesivo denominado miembro, (los dependientes en lo sucesivo denominados dependientes inscritos), preste atención a todas las instrucciones que se le den específicamente a usted.

## Cómo programar una cita

**Paso 1:** llamar a su PCP.

**Paso 2:** explicar por qué llamó.

**Paso 3:** pedir una cita.

El personal del consultorio de su PCP le informará cuándo ir y cuánto tiempo necesitará con su PCP. (Consulte la sección “Resumen de beneficios” para saber qué servicios 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 tarde y los sábados. Llame al consultorio de su PCP para confirmar el horario de atención, o puede consultar nuestro Directorio de proveedores en línea, que está disponible en [lacare.org/es](http://lacare.org/es).

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

También puede llamar a la Línea de Enfermería al número que se encuentra en su tarjeta de identificación para miembro. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, para que un enfermero titulado responda sus preguntas de atención médica y evalúe sus inquietudes con respecto a su salud y sus síntomas.

**¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva).** 19

Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El PCP o enfermero(a) de L.A. Care responderá sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita ir a la clínica o al consultorio médico.

Si necesita atención médica de urgencia (cuando la condición, enfermedad o lesión no pone en peligro su vida, pero necesita atención médica inmediata), llame o vaya al centro de atención médica de urgencia más cercano. Muchos de los médicos de L.A. Care tienen horarios de atención médica de urgencia por las noches, los fines de semana o los días festivos. También puede buscar atención médica de urgencia a través de las clínicas minoristas de MinuteClinic™ ubicadas en las farmacias selectas de CVS en el condado de Los Ángeles y a través de los servicios de telesalud de Teladoc™. (Para obtener más información, consulte la página 33 “Clínicas minoristas” y “Servicios de telesalud”).

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 de pruebas de detección o diagnóstico por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El tiempo de espera para los servicios pruebas de detección o diagnóstico por teléfono 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 guardia en caso de urgencia o emergencia.

## Cómo cambiar a su PCP

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

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

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

- Haga clic en **Member Sign in** (Registro para miembros).
- Haga clic en **Change My Doctor** (Cambiar mi médico).
- Siga las instrucciones para cambiar su médico.
- La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes para entrar en vigor el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, es posible que el cambio no entre en vigor hasta el primer día del mes siguiente.
- Si su nuevo PCP trabaja con un PPG diferente, esto también puede cambiar los hospitales, especialistas y otros proveedores de atención médica de los cuales podrá recibir atención médica.

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

Estamos orgullosos de nuestros médicos y de su formación profesional. Si tiene preguntas sobre las certificaciones profesionales de nuestros médicos o especialistas, llame a L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva). 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](http://lacare.org/es). Si necesita más información sobre cómo completar la HA, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva).

### *Chequeo para miembros nuevos*

Es importante que los miembros nuevos se hagan un chequeo aunque no estén enfermos. **No olvide programar este chequeo dentro de los primeros tres (3) meses de su membresía en L.A. Care Covered™. Llame a su PCP hoy mismo para pedir una cita para un “chequeo para miembros nuevos”.** Esta visita también se denomina “visita preventiva” o “visita de atención médica preventiva”. No se debe abonar ningún copago por esta visita. El número de teléfono de su PCP está en su tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care. La primera visita es importante. Su PCP revisa su historial médico, examina su estado de salud actual y puede comenzar cualquier nuevo tratamiento que usted pudiera necesitar. Usted y su PCP también hablarán sobre la atención médica preventiva. Esta es la atención médica que le ayuda a “prevenir” enfermedades o a evitar que empeoren ciertas condiciones médicas. Recuerde que los niños necesitan hacerse un chequeo anual, aunque no estén enfermos, para asegurarse de que estén sanos y de que estén creciendo bien.

### *Servicios médicos de obstetricia y ginecología (OB/GYN)*

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

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

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

### *Referencias y autorizaciones previas*

Una referencia es una solicitud de servicios de atención médica que no suelen ser proporcionados por su PCP. Para poder recibirlos, todos los servicios de atención médica deben ser aprobados por el PPG de su PCP. A esto se le denomina autorización previa. La autorización previa es necesaria para algunos proveedores dentro de la red y todos fuera de la red. Existen diferentes tipos de solicitudes de referencia con diferentes plazos:

- referencia de rutina o regular: 5 días hábiles

- referencia urgente: 24 a 48 horas
- referencia de emergencia: mismo día

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

Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

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

Si los servicios que necesita no están disponibles con un proveedor dentro de la red de proveedores de L.A. Care, es posible que lo refieran a un proveedor fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Todos los servicios de una referencia aprobada con un proveedor fuera de la red estarán cubiertos con el mismo costo compartido que tendrían si fueran proporcionados por un proveedor dentro de la red. Estas referencias se realizarán de manera oportuna y de conformidad con las normas definidas anteriormente.

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

## Servicios para los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento para condiciones de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. Su PCP le ofrecerá ciertos servicios para los trastornos de la conducta dentro de los límites de su preparación y experiencia. Cuando necesite servicios para los trastornos de la conducta que excedan los límites de la capacitación y experiencia de su PCP, se le derivará a especialistas en cuidado para los trastornos de la conducta. Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen tratamiento para la salud mental materna previa y posterior al parto. Usted o su PCP pueden llamar a Carelon Behavioral Health, el proveedor de salud conductual de L.A. Care, al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD (si tiene sordera o deficiencia auditiva) para obtener una cita. Tenemos personas disponibles para ayudarle, comuníquese con los servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Los beneficios cubiertos incluyen, entre otros, servicios intermedios, incluida la gama completa de niveles de atención (según lo especificado por el Código de Regulaciones de California, Título 28 1300.74.72.01), incluidos, entre otros, tratamiento residencial, hospitalización parcial y tratamiento ambulatorio intensivo. L.A. Care no limitará los beneficios ni la cobertura de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias al tratamiento a corto plazo o agudo. Estos beneficios son los siguientes:

L.A. Care brindará cobertura de beneficios de atención médica para prevenir, diagnosticar y tratar condiciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias según sea médicamente necesario para el miembro, de acuerdo con los estándares actuales generalmente aceptados de atención de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluidos, entre otros, los siguientes:

(1) Servicios de atención médica, incluidos los siguientes:

- (A) Servicios de atención médica de emergencia según lo define la sección 1317.1 del Código de Salud y Seguridad, prestados tanto dentro como fuera del área de servicio de la red aplicable, de conformidad con la Ley Knox-Keene.
- (B) Servicios de atención médica de urgencia prestados dentro y fuera del área de servicio de la red aplicable de conformidad con la Ley Knox-Keene.

- (C) Servicios médicos, incluidos, entre otros, consultas y referencias a otros proveedores de atención médica y medicamentos recetados cuando son proporcionados o administrados por un proveedor o centro de atención médica.
  - (D) Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos servicios de hospitales autorizados de atención aguda general, psiquiátrica aguda y de recuperación de dependencia química.
  - (E) Servicios de atención ambulatoria, incluidos, entre otros, terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia por infusión.
  - (F) Servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos y otros servicios de diagnóstico y terapéuticos.
  - (G) Servicio de atención médica en el hogar.
  - (H) Servicios de atención médica preventiva, independientemente de si a un miembro se le ha diagnosticado una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias.
  - (I) Cuidados paliativos que sean, como mínimo, equivalentes a los cuidados paliativos proporcionados por el programa federal Medicare de conformidad con el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (sección 1395 del Título 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, U.S.C.] y siguientes), (diciembre de 2022), y las reglamentaciones de implementación adoptadas para los cuidados paliativos de conformidad con el Título XVIII de la Ley del Seguro Social en la Parte 418 del Capítulo IV del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (diciembre de 2022), excepto las Subpartes A, B, G y H.
- (2) Tratamiento para los trastornos de la conducta para el trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista de conformidad con la sección 1374.73 del Código de Salud y Seguridad.
  - (3) Atención especializada coordinada para el tratamiento del primer episodio de la psicosis.
  - (4) Tratamiento diurno.
  - (5) Pruebas de drogas, tanto presuntivas como definitivas, incluidas las evaluaciones iniciales y continuas del paciente durante el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.
  - (6) Terapia electroconvulsiva.
  - (7) Para la disforia de género, todos los beneficios de atención médica identificados en la edición más reciente de los Estándares de Atención desarrollados por la World Professional Association for Transgender Health.
  - (8) Servicios para pacientes hospitalizados, incluidos, entre otros, todos los siguientes:
    - (A) Niveles de atención para pacientes hospitalizados de la American Society of Addiction Medicine (ASAM) (3.ª edición) para la rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias y la administración de abstinencia, o como se describe en la versión más reciente de los Criterios de la ASAM.
      - (i) 3.7, servicios de hospitalización intensivos (adultos) o de alta intensidad (adolescentes) bajo supervisión médica.
      - (ii) 4, servicios intensivos para pacientes hospitalizados administrados médicamente.
    - (B) Programas residenciales de alta intensidad administrados médicamente del Sistema de utilización de nivel de atención y Sistema de utilización de nivel de atención/intensidad de servicio para niños y adolescentes (Level of Care Utilization System and Child and Adolescent Level of Care/Service Intensity Utilization System, LOCUS y CALOCUS; Instrumento de Intensidad de Servicios para Niños y Adolescentes [Child and Adolescent Service Intensity Instrument, CASII] nivel 6A [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII).
    - (C) Programas residenciales de atención extendida administrados médicamente (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 6B [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII).
  - (9) Tratamiento intensivo basado en la comunidad, incluido el tratamiento comunitario asertivo y la administración intensiva de casos.

- (10) Tratamiento intensivo en el hogar.
- (11) Tratamiento intensivo ambulatorio.
- (12) Administración de medicamentos.
- (13) Programas de tratamiento de narcóticos (opioides).
- (14) Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios, si se proporciona cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios ordenados para la farmacoterapia de trastornos de salud mental y consumo de sustancias, incluido el tratamiento con opioides en el consultorio.
- (15) Servicios profesionales para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, asesoría individual, grupal y familiar sobre el consumo de sustancias y la salud mental.
- (16) Hospitalización parcial.
- (17) Polisomnografía.
- (18) Servicios en centros de salud psiquiátrica, incluidos los servicios ambulatorios estructurados descritos en la sección 1250.2 del Código de Salud y Seguridad.
- (19) Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- (20) Cirugía reconstructiva de conformidad con la sección 1374.72 del Código de Salud y Seguridad. Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el miembro, de acuerdo con el estándar de atención practicado por médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en la atención solicitada.
- (21) Servicios de instalaciones de tratamiento residencial, incluidos todos los siguientes:
  - (A) Servicios residenciales intensivos de corto plazo (nivel 5A del LOCUS y CALOCUS-CASII [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII).
  - (B) Programas de tratamiento residencial de estadía intermedia de intensidad moderada (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 5B [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII).
  - (C) Programas de tratamiento residencial a largo plazo de intensidad moderada (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 5C [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII).
  - (D) Niveles de atención residencial de la ASAM (3.<sup>a</sup> edición), o como se describe en la versión más reciente de los Criterios de la ASAM:
    - (i) 3.1, servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente.
    - (ii) 3.3, servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población y administrados clínicamente.
    - (iii) 3.5, servicios residenciales de alta intensidad (adultos) o de intensidad media (adolescentes) administrados clínicamente.
- (22) Servicios escolares para una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se brindan al miembro en un centro escolar de conformidad con la sección 1374.722 del Código de Salud y Seguridad.
- (23) Estimulación magnética transcraneal.
- (24) Servicios de administración de abstinencia, incluidos todos los siguientes niveles de la ASAM (3.<sup>a</sup> edición), o como se describe en la versión más reciente de los Criterios de la ASAM:
  - (A) 1-WM, administración de abstinencia ambulatoria sin monitoreo en el lugar extendido.
  - (A) 2-WM, administración de abstinencia ambulatoria con monitoreo en el lugar extendido.
  - (C) 3.2-WM, administración clínica residencial de la administración de abstinencia.

(D) 3.7-WM, administración de abstinencia en pacientes hospitalizados bajo supervisión médica.

(E) 4-WM, administración intensiva de abstinencia en pacientes hospitalizados con administración médica.

#### Servicios de salud en el hogar.

L.A. Care cubrirá los servicios de salud en el hogar si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El miembro está confinado en su hogar excepto por ausencias poco frecuentes o de duración relativamente corta, o cuando las ausencias son atribuibles a la necesidad de recibir tratamiento médico, debido a una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias.
- La atención de enfermería especializada de forma intermitente, la terapia física, la terapia ocupacional o los servicios de patología del habla y el lenguaje son médicamente necesarios para la evaluación o el tratamiento de la condición de salud mental o el trastorno por consumo de sustancias de un miembro o sus síntomas. Estos servicios (consulte lo anterior) deberán ser razonables y necesarios para mejorar la condición actual del miembro, mantener la condición actual del miembro o prevenir o retardar un mayor deterioro de la condición del miembro.
- El médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica del miembro certifica que se cumplen las condiciones de cobertura descritas anteriormente y establece y revisa de manera periódica con una frecuencia no menor a una vez cada 60 días un plan de atención que incluye los servicios especificados a continuación y define la frecuencia y duración de las visitas.

L.A. Care cubrirá todos los siguientes servicios de salud en el hogar, tal como se especifica en el plan de atención médica preparado por el médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica del miembro:

- atención de enfermería especializada de medio tiempo, incluso por parte de un enfermero titulado, un enfermero con licencia de práctica bajo la supervisión de un enfermero titulado o un enfermero con capacitación psiquiátrica
- servicios de medio tiempo de asistencia en el hogar para el cuidado personal
- terapia física
- patología del habla y del lenguaje
- terapia ocupacional
- servicios sociales médicos
- suministros médicos proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar mientras el miembro está bajo un plan de atención médica en el hogar
- equipo médico duradero mientras un miembro esté bajo un plan de atención médica en el hogar en la medida en que el contrato del plan de salud del miembro incluya cobertura para equipo médico duradero

L.A. Care cubrirá tanto los servicios de enfermería especializada de medio tiempo como los servicios de asistencia en el hogar de medio tiempo prestados cualquier cantidad de días por semana, siempre que los servicios de enfermería especializada y los servicios de asistencia en el hogar, combinados, se presten menos de ocho horas por día y 35 horas por semana.

L.A. Care cubrirá servicios de atención médica preventiva, incluidos los siguientes:

- (1) Pruebas de detección, intervención breve y referencia a tratamiento, intervenciones basadas en la atención primaria y servicios especializados para personas con consumo de sustancias peligrosas, en riesgo o nocivas que no cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno por consumo de sustancias, o personas para quienes aún no hay suficiente información para documentar un trastorno por consumo de sustancias o adictivo, como se describe en el nivel de atención de la ASAM 0.5 (3.<sup>a</sup> edición), o la versión más reciente de los Criterios de la ASAM.
- (2) Servicios básicos de prevención y mantenimiento de la salud, incluidos: pruebas de detección de trastornos de salud mental y del desarrollo y experiencias adversas en la niñez; evaluaciones multidisciplinarias; evaluaciones de expertos; referencias; consultas y asesoría por parte de médicos clínicos

de salud mental; evaluación de emergencia, intervención breve y disposición; intervención y estabilización de crisis; programas de prevención e intervención de extensión comunitaria; primeros auxilios de salud mental para víctimas de trauma o catástrofe; y educación para el mantenimiento de la salud y la prevención de la violencia, como se describe en el nivel de atención cero del LOCUS y CALOCUS-CASII (versión 2020), o las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII.

(3) Servicios de atención médica preventiva para una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se requieren según la sección 1367.002 del Código de Salud y Seguridad.

L.A. Care cubrirá lo siguiente en caso de una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias:

- (1) Un beneficio de atención médica que sea médicamente necesario de acuerdo con los requisitos señalados en las páginas 30 a 35 y las secciones 1300.74.72 y 1300.74.721 del Código de Regulaciones de California, y que sea proporcionado o prestado por, o bajo la dirección de, un proveedor o centro de atención médica que actúe dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación del proveedor o centro según la ley estatal aplicable.
- (2) Servicios de atención médica de emergencia que son proporcionados o prestados por, o bajo la dirección de, un proveedor o centro de atención médica que actúa dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación del proveedor o centro según la ley estatal aplicable, incluyendo por o en un proveedor o centro de atención médica autorizado o certificado que sea propiedad de u operado por, empleado por o contratado por, una subdivisión política para proporcionar servicios de atención médica de emergencia o servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta, independientemente de si el plan de salud tiene contrato con el proveedor de atención médica, el centro o la subdivisión política para proporcionar servicios de atención médica de emergencia o servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta a sus miembros.

Servicios para los trastornos de la conducta que no requieren autorización previa:

- evaluación inicial de salud conductual
- servicios de atención médica preventiva, independientemente de si a un miembro se le ha diagnosticado una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias
- tratamiento médicamente necesario de salud mental o trastorno por consumo de sustancias proporcionado por un centro 988, un equipo de crisis móvil u otro proveedor de servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta
- servicios de salas de emergencias
- terapia individual
- terapia grupal
- evaluación de diagnóstico
- administración de medicamentos ambulatoria
- tratamiento con narcóticos (opioides)
- servicios ambulatorios de salud mental y de consumo de sustancias
- intervención de crisis
- servicios, distintos de medicamentos recetados, recibidos bajo el acuerdo judicial de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) o el plan CARE
- servicios médicos, incluidos, entre otros, consultas y referencias a otros proveedores de atención médica y medicamentos recetados cuando son proporcionados o administrados por un proveedor o centro de atención médica

servicios para los trastornos de la conducta que pueden requerir autorización previa que incluyen, entre otros:

- servicios residenciales en casos de crisis
- servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- servicios para pacientes hospitalizados por trastornos por consumo de sustancias

- servicios para pacientes hospitalizados, incluidos, entre otros, todos los siguientes:
  - niveles de atención para pacientes hospitalizados de la American Society of Addiction Medication (ASAM) (3.<sup>a</sup> edición) para la rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias y la administración de abstinencia, o como se describe en la versión más reciente de los Criterios de la ASAM:
    - 3.7, servicios de hospitalización intensivos (adultos) o de alta intensidad (adolescentes) bajo supervisión médica
    - 4, servicios intensivos para pacientes hospitalizados administrados médicamente servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente
  - programas residenciales de alta intensidad administrados médicamente del Sistema de utilización de nivel de atención y Sistema de utilización de nivel de atención/intensidad de servicio para niños y adolescentes (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 6A [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII)
  - programas residenciales de atención extendida administrados médicamente (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 6B [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII)
- servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para la salud mental y para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados
- tratamiento intensivo basado en la comunidad, incluido el tratamiento comunitario asertivo y la administración intensiva de casos
- servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- hospitalización parcial ambulatoria
- pruebas psicológicas
- observación psiquiátrica
- tratamiento diurno para trastornos por consumo de sustancias
- programas de tratamiento intensivo ambulatorio para trastornos por consumo de sustancias
- programas de tratamiento intensivo ambulatorio para la salud mental
- servicios de administración de abstinencia, incluidos todos los siguientes niveles ASAM (3.<sup>a</sup> edición), o como se describe en la versión más reciente de los Criterios ASAM:
  - 1-WM, administración de abstinencia ambulatoria sin monitoreo en el lugar extendido
  - 2-WM, administración de abstinencia ambulatoria con monitoreo en el lugar extendido
  - 3.2-WM, administración clínica residencial de la administración de abstinencia
  - 3.7-WM, administración de abstinencia en pacientes hospitalizados bajo supervisión médica
  - 4-WM, administración intensiva de abstinencia en pacientes hospitalizados con administración médica
- servicios de análisis conductual aplicado (*Applied Behavior Analysis, ABA*)
- estimulación magnética transcraneal (*Transcranial Magnetic Stimulation, TMS*) y terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy, ECT*)
- servicios de instalaciones de tratamiento residencial, incluidos todos los siguientes:
  - servicios residenciales intensivos de corto plazo (nivel 5A del LOCUS y CALOCUS-CASII [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII)
  - programas de tratamiento residencial de estadía intermedia de intensidad moderada (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 5B [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII)
  - programas de tratamiento residencial a largo plazo de intensidad moderada (LOCUS y CALOCUS-CASII nivel 5C [versión 2020], o como se describe en las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII)

- niveles de atención residencial de la ASAM (3.<sup>a</sup> edición), o como se describe en la versión más reciente de los Criterios de la ASAM:
  - 3.1, servicios residenciales de baja intensidad administrados clínicamente
  - 3.3, servicios residenciales de alta intensidad específicos para la población y administrados clínicamente
  - 3.5, servicios residenciales de alta intensidad (adultos) o de intensidad media (adolescentes) administrados clínicamente

Para obtener más información sobre los servicios para los trastornos de la conducta, llame al proveedor de salud conductual de L.A. Care, Carelon Behavioral Health al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD, si tiene sordera o deficiencia auditiva. Tenemos personas disponibles para ayudarle, comuníquese con los servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Usted tiene derecho a recibir servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias (MH/SUD) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si L.A. Care no logra coordinar esos servicios para usted con un proveedor adecuado que esté en la red del plan de salud, el plan de salud debe cubrir y coordinar los servicios necesarios para usted con un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, no tendrá que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no sea mayor a 10 días hábiles a partir de cuando solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, L.A. Care debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si L.A. Care no requiere autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si L.A. Care requiere autorización previa).

Si L.A. Care no organiza que usted reciba servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, puede organizar recibir servicios de cualquier proveedor autorizado, incluso si el proveedor no está en la red de L.A. Care. Para estar cubierto por L.A. Care, su primera cita con el proveedor debe realizarse dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó por primera vez a L.A. Care los servicios de MH/SUD.

Antes de que L.A. Care pueda transferir al miembro a un proveedor dentro de la red, L.A. Care deberá proporcionar al miembro, al representante del miembro (si corresponde) y a los proveedores que tratan al miembro un aviso de al menos 90 días calendario. El aviso deberá informar al miembro el nombre y la información de contacto del proveedor dentro de la red al cual el plan pretende transferir al miembro e información sobre cómo el miembro puede presentar una queja ante el plan si el miembro, su representante o su proveedor cree que la transición del miembro a un proveedor dentro de la red lo dañará o no está dentro del estándar de atención. Si el miembro o su representante manifiesta su disconformidad con la transición a un proveedor dentro de la red, L.A. Care tratará esa objeción como una queja de conformidad con la sección 1368 del Código de Salud y Seguridad.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtenerlos, puede:

1) llamar a L.A. Care al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al **1.888.466.2219**; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web en **[www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov)** para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

### ***Referencias a médicos especialistas***

Los especialistas son médicos con capacitación, conocimientos y experiencia en un área de la medicina. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista del corazón que tiene años de capacitación especial para abordar problemas cardíacos. Su PCP solicitará una autorización previa si considera que debe consultar a un especialista.

### ***Referencias a proveedores que no son médicos***

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

**Referencias permanentes**

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

Una referencia permanente a un especialista o un profesional de atención médica calificado requiere autorización previa. Con una referencia permanente, no necesitará autorización cada vez que visite al especialista o profesional de atención médica calificado. Puede solicitar una referencia permanente a un especialista que trabaje con su PCP o con un centro contratado de atención especializada.

El especialista o el profesional de atención médica calificado diseñarán un plan de tratamiento para usted. El plan de tratamiento indicará con qué frecuencia deberá ir al médico.

Una vez aprobado el plan de tratamiento, el especialista o el profesional de atención médica 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 atención médica calificado de la red de L.A. Care o su PPG. Si no hay un profesional de la salud calificado dentro de la red, L.A. Care o su PPG coordinarán una cita con uno. Usted tiene derecho a solicitar y obtener una segunda opinión, y a requerir que las opiniones de rutina y urgentes se proporcionen de forma oportuna.

**¿Qué debe hacer?**

Paso 1: hable con su PCP o con L.A. Care para comunicarles que le gustaría ver a otro médico y el motivo.

Paso 2: su PCP o L.A. Care le referirá a un profesional de atención médica calificado.

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

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

**Cómo encontrar una farmacia**

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

**Para encontrar una farmacia cercana:**

Visite el sitio web de L.A. Care en [lacare.org/es](http://lacare.org/es) para encontrar una farmacia de la red de L.A. Care en su vecindario. Haga clic en todas estas opciones:

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

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

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

- **For Members (Para miembros)**
- **Pharmacy Services (Servicios de farmacia)**
- **L.A. Care Covered™ Formulary (Formulario de L.A. Care Covered™) en la sección Resources (Recursos)**

También puede llamar a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. Algunos medicamentos requieren un manejo especial y que una farmacia especializada contratada por L.A. Care los procese y se los envíe.

### ***Farmacia de pedidos por correo***

El servicio de pedidos por correo le permite obtener un suministro de hasta 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que pueden ser necesarios para una condición de salud a largo plazo, como la presión arterial alta o la diabetes. Para obtener más información sobre cómo abrir una cuenta de pedidos por correo o para pedir que le vuelvan a surtir una receta vigente, llame a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** o visite el sitio web de L.A. Care, [lacare.org/es](http://lacare.org/es). Haga clic en todas estas opciones:

- **For Members (Para miembros)**
- **Pharmacy Services (Servicios de farmacia)**
- **Formulario de farmacia de pedidos por correo**

Si se agotaron las veces que puede volver a surtir los medicamentos, deberá obtener una nueva receta con su médico u otra persona que recetó los medicamentos. El pedido por correo es un servicio opcional y gratuito si elige usarlo.

### ***¿Qué medicamentos están cubiertos?***

L.A. Care utiliza una lista de medicamentos aprobados denominada Formulario para garantizar que usted tenga acceso a los medicamentos recetados más apropiados, seguros y efectivos. L.A. Care cubre todos los medicamentos médicamente necesarios del Formulario si su médico u otra persona que recetó los medicamentos indica que usted los necesita para recuperarse o mantenerse saludable, y si usted surte la receta en una farmacia de la red de L.A. Care. Para los medicamentos que no aparezcan en el Formulario, es necesario que su médico u otra persona que recetó el medicamento obtenga una aprobación antes de que usted surta la receta. Consulte la sección Medicamentos que no figuran en el formulario. El Formulario es revisado y aprobado por un comité de médicos y farmacéuticos de forma trimestral, e incluye los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados. Puede ver el Formulario en el sitio web de L.A. Care, [lacare.org/es](http://lacare.org/es), y haga clic en todas estas opciones:

- **For Members (Para miembros)**
- **Pharmacy Services (Servicios de farmacia)**
- **L.A. Care Covered™ Formulary (Formulario de L.A. Care Covered™) en la sección Resources (Recursos)**

Si un medicamento previamente aprobado se elimina del formulario, pero su médico se lo está recetando actualmente, L.A. Care seguirá cubriendo el medicamento siempre que se recete correctamente y se considere seguro y eficaz para tratar su afección médica. Para obtener autorización para continuar la cobertura, consulte el proceso descrito en la sección “*Medicamentos que no figuran en el formulario*” de este manual.

Si existe un equivalente genérico a un medicamento de marca, L.A. Care se asegurará de que el miembro esté sujeto al costo compartido más bajo que se aplicaría, independientemente de que tanto el equivalente genérico como el medicamento de marca estén o no en el formulario. Consulte la sección 1342.73(a)(7) del Código de Regulaciones de California.

Para obtener detalles sobre los costos compartidos de medicamentos recetados o los requisitos de autorización previa, puede acceder a la información en tiempo real a través del Formulario en línea de L.A. Care disponible a través de nuestro portal para miembros, L.A. Care Connect. También puede llamar a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (si tiene sordera o deficiencia auditiva)** para solicitar una copia del formulario. Además, puede solicitar una copia del formulario en el idioma o formato de su preferencia, como letra grande o audio.

## Copagos de farmacia

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

Inicie sesión en su cuenta de miembro en [members.lacare.org](https://members.lacare.org) para verificar si es elegible para un medicamento recetado y para obtener información sobre su medicamento recetado, como:

- estado del formulario de medicamentos y si existen restricciones o reglas especiales
- información sobre copagos
- información sobre farmacias

Puede encontrar el formulario más actualizado en el sitio web [lacare.org/es](https://lacare.org/es).

### *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, monitores continuos de glucosa y suministros asociados.
- EpiPen y Ana-kit.
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores.
- Medicamentos anticonceptivos de emergencia: puede obtener medicamentos anticonceptivos de emergencia a través de su médico o farmacia con una receta de su médico sin costo alguno para usted. También puede obtener medicamentos 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

- Los medicamentos anticonceptivos de emergencia también están cubiertos al recibir servicios de atención médica de emergencia. Puede recibir servicios de atención médica de emergencia a través de médicos, hospitales, farmacias u otros profesionales de atención médica, ya sea que tengan o no un contrato con L.A. Care.
- El estado de California aprobó la Ley de Farmacia AB 1048, Arambula. Atención médica: manejo del dolor y recetas de medicamentos de la Lista II. A partir del 1.º de julio de 2018, la ley autoriza a un farmacéutico a surtir una sustancia controlada de la Lista II como un surtido parcial si lo solicita el paciente o la persona que receta el medicamento. La ley exigiría que la farmacia retenga la receta original, con una anotación de la cantidad de la receta que se surtió, la fecha y la cantidad de cada receta parcial y las iniciales del farmacéutico que surtió cada receta parcial, hasta que la receta médica haya sido totalmente surtida. La factura autorizaría a un farmacéutico a cobrar una tarifa de surtido profesional para cubrir los costos reales de suministro y mano de obra asociados con el otorgamiento de cada surtido parcial asociado con la receta original.

Al surtir una receta puede obtener un surtido parcial. Solo se le puede cobrar un copago completo por la receta completa. Si se le cobró dos veces (una por el surtido parcial y nuevamente por el surtido completo), comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (si tiene sordera o deficiencia auditiva)** para recibir información sobre la obtención del reembolso por el copago en exceso.

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

### ***Medicamentos que no figuran en el formulario***

Es posible que, a veces, los médicos deban recetarle medicamentos que no están incluidos en el Formulario. En estos casos, el médico deberá obtener la autorización de L.A. Care antes de surtir la receta. Para decidir si se cubrirá el medicamento que no figura en el formulario, L.A. Care podrá solicitar más información al médico o farmacéutico. L.A. Care le responderá al médico o farmacéutico dentro de un plazo de 24 horas para solicitudes urgentes o 72 horas para solicitudes estándar después de recibir la información médica solicitada. Existen circunstancias urgentes cuando una condición de salud puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima o al someterse a un curso de tratamiento actual con un medicamento que no figura en el formulario. El médico o farmacéutico le informará si se aprobó el medicamento. Después de la aprobación, usted podrá obtener el medicamento en una farmacia del plan. Consulte la sección *Cómo encontrar una farmacia* en la página 29. Si se deniega el medicamento que no figura en el formulario, usted tendrá derecho a apelar. Consulte la sección *Quejas y apelaciones* para obtener más información.

### ***Restricciones o reglas especiales***

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

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

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

**Terapia de pasos:** algunos medicamentos tienen una regla especial denominada terapia de pasos. Esto significa que primero debe probar otro medicamento en el formulario antes de que se cubra el medicamento recetado. Si su médico u otra persona que recetó los medicamentos cree que el primer medicamento no funciona para usted o no es coherente con las buenas prácticas profesionales para la prestación de los servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico, se puede solicitar una excepción a la regla de terapia de pasos.

**Excepciones a la cobertura:** su médico u otra persona que recetó los medicamentos puede enviar las solicitudes a L.A. Care para hacer una excepción a los límites de cantidad, a la regla de la terapia de pasos o para la cobertura de un medicamento que no figura en el formulario en forma de una autorización previa con justificación y documentación clínica que respalde la determinación del proveedor. Se puede tomar una decisión para aprobar o rechazar la solicitud de excepción en un lapso de 24 horas si la solicitud es urgente o en un lapso de 72 horas si la solicitud no es urgente. Si no está conforme con la decisión de excepción a la cobertura, tiene derecho a apelar la decisión ante L.A. Care o presentar una queja ante 3 revisores diferentes:

1. L.A. Care,
2. un revisor externo y
3. un revisor médico independiente del Departamento de Atención Médica Administrada. Consulte la sección *“Quejas y apelaciones”* para obtener más información.

L.A. Care no prohibirá ni reemplazará una solicitud de excepción de terapia de pasos como se describe en la sección 1367.206(b) del Código de Regulaciones de California.

## **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 cuando una afección, enfermedad o lesión no pone en peligro su vida, pero que necesita atención médica 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. Las condiciones comunes que pueden estar incluidas en la atención médica de urgencia son:

- resfriado o gripe
- vómitos o diarrea
- erupciones
- infecciones de las vías urinarias
- dolor de oído y dolor de cabeza
- dolor de espalda
- esguinces o distensiones
- infecciones de la piel o los ojos
- respiración sibilante o tos
- dolor abdominal

### ***Cómo recibir atención médica de urgencia***

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

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

### ***Clínicas minoristas***

L.A. Care se asoció con MinuteClinic™ para brindar acceso alternativo a la atención médica de urgencia a través de sus ubicaciones de clínicas minoristas. MinuteClinic™ tiene ubicaciones en farmacias seleccionadas de CVS en todo el condado de Los Ángeles. Las ubicaciones de MinuteClinic™ cuentan con proveedores de personal de enfermeras con práctica médica y asistentes médicos. Para encontrar una clínica minorista cerca de usted:

- Visite <https://www.lacare.org/health-plans/la-care-covered/find-provider>.
- Visite [www.cvs.com/minuteclinic](http://www.cvs.com/minuteclinic) e introduzca su código postal.

### ***Servicios de telesalud***

L.A. Care se asoció con Teladoc™ Health, Inc. para brindar servicios de telesalud para nuestros miembros como otra alternativa de atención médica de urgencia. Teladoc™ brinda atención médica en cualquier lugar por teléfono o videoconferencia. Si utiliza los servicios de Teladoc™, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos resultantes, y esos registros se compartirán con su proveedor de atención primaria, a menos que se oponga.

Para acceder a la atención médica a través de Teladoc™:

- Visite [www.teladoc.com](http://www.teladoc.com) y haga clic en “Log in/Register” (Iniciar sesión/inscribirse).
- Llame a Teladoc™ al **1.800.835.2362**.
- Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

Su costo por acceder a los servicios de telesalud no excederá lo que sería su costo si recibiera los mismos servicios en persona de un médico, una enfermera con práctica médica o un asistente médico. Esto se aplica independientemente de si recibe servicios de telesalud a través de Teladoc™ o mediante servicios de telesalud independientes o privados ofrecidos a través de su grupo de proveedores participantes o proveedor de atención primaria. Si utiliza los servicios de Teladoc™, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos resultantes, y esos registros se compartirán con su proveedor de atención primaria, a menos que se oponga.

### ***Servicios de emergencia***

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

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

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

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

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

### ***Qué hacer en caso de emergencia:***

Si tiene una emergencia, **llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana**. Los servicios de atención médica de emergencia están cubiertos en todo momento y en todas partes. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, deberá pagar de su bolsillo los servicios de emergencia que haya recibido. L.A. Care le reembolsará el monto máximo permitido.

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

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

### ***Atención médica posterior a la estabilización y de seguimiento después de una emergencia***

Una vez que su condición médica de emergencia haya sido tratada en un hospital y ya no exista una emergencia porque su afección se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento quiera que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos después de que una afección de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posteriores a la estabilización”. Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (“hospital no participante”), el hospital no participante se comunicará con L.A. Care para obtener la aprobación para que usted permanezca en dicho hospital. Si L.A. Care aprueba la continuación de su estadía en el hospital no participante, usted solamente deberá pagar la parte del costo compartido del miembro por la estadía en el hospital, con sujeción al deducible aplicable. No obstante, tenga en cuenta que, si algún costo compartido se basa en un porcentaje de los cargos facturados, el costo generalmente es mayor en los hospitales no participantes. Si L.A. Care notificó al hospital no participante que usted puede ser trasladado sin riesgo a uno de sus hospitales participantes, L.A. Care coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante. Si L.A. Care determina que se le puede trasladar sin riesgos a un hospital participante y usted, su cónyuge o el tutor legal

no está de acuerdo con su traslado, el hospital no participante deberá notificarle por escrito a usted, su cónyuge o el tutor legal que deberán pagar el costo total de los servicios de atención posterior a la estabilización que se le proporcionen en el hospital no participante después de la estabilización de su condición de emergencia. Asimismo, es posible que deba pagar los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización.

**Si cree que le facturaron inadecuadamente servicios de atención posteriores a la estabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando al 1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva).**

## 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 las salas de emergencias proporcionados a los miembros en función de la definición de servicios de emergencia que podría proporcionar cualquier persona prudente sin conocimiento especializado. El miembro deberá pagar el costo de todo servicio no calificado. (Consulte la sección “*Servicios de emergencia*” para obtener más información).

## Continuidad de la atención médica

La continuidad de la atención médica de un proveedor finalizado: los miembros que reciben tratamiento por afecciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención médica posparto inmediata) o una enfermedad terminal; o niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o quienes hayan recibido una autorización de un proveedor finalizado para una cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado pueden solicitar la finalización de la atención médica en ciertas situaciones con un proveedor que abandona la red de proveedores de L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™. Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y la asistencia para solicitar la continuidad de la atención médica de un proveedor finalizado. Es posible que deba hacer un copago, tener un deducible u otros costos compartidos durante el período de finalización de la atención médica con un proveedor que ya no tiene contrato con L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™.

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

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

### ***Continuidad de la atención médica al recibir tratamiento por condiciones de salud mental materna***

Si una persona está recibiendo tratamiento por una condición de salud mental materna con un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de L.A. Care porque:

- La persona ha cambiado de plan de seguro médico a L.A. Care y el proveedor existente no forma parte de la red de proveedores de L.A. Care, o
- El proveedor de L.A. Care se retira de la red de proveedores de L.A. Care después de que la persona comience el tratamiento, L.A. Care, a solicitud, hará los arreglos necesarios para que la persona continúe con los servicios con el proveedor existente hasta por 12 meses a partir de la fecha del diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde.

# Quejas y apelaciones

## Quejas y apelaciones de L.A. Care

### ¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con mi servicio?

Si no está satisfecho, tiene problemas o tiene preguntas sobre el servicio o la atención médica que se le ha proporcionado, infórmenos. Nuestro Departamento de Servicios para los Miembros puede resolver rápidamente muchos problemas o inquietudes. Si aún no lo ha hecho, puede comunicarse primero con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. No obstante, también puede presentar una queja ante L.A. Care en cualquier momento y no está obligado a comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care antes de presentar dicha queja.

### ¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de disconformidad o un reclamo del miembro. La queja se puede hacer en forma escrita o verbal. Usted tiene derecho a presentar una queja. Debe presentar su queja dentro de los 180 días consecutivos a partir de la fecha de su disconformidad. Algunos ejemplos de motivos para presentar una queja son:

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

## Cómo presentar una queja

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

- Escriba, visite o llame a L.A. Care. También puede presentar una queja en línea en inglés o español a través del sitio web de L.A. Care en **[www.lacare.org/members/member-support/file-grievance](http://www.lacare.org/members/member-support/file-grievance)**.
- Utilice los datos incluidos a continuación para comunicarse con L.A. Care si necesita un formulario de queja en un idioma que no sea español o inglés, o en otro formato (como letra grande o audio).

L.A. Care Health Plan

Member Services Department

1200 W. 7th Street

Los Angeles, CA 90017

**1.855.270.2327**

TTY: 711

**[www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form](http://www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form)**

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

L.A. Care puede ayudarle a llenar el formulario de queja por teléfono o en persona. Si necesita servicios de interpretación, trabajaremos con usted para asegurarnos de que podamos comunicarnos con usted en el idioma de su preferencia. Los miembros con pérdida de la audición o del habla pueden llamar al número de TTY de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **711**.

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

consecutivos posteriores a la recepción de su queja, L.A. Care le enviará una carta en la que le explicaremos cómo se resolvió la queja.

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

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

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

## **Cómo presentar una queja por casos urgentes**

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

- Dolor intenso.
- Posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo.
- Deterioro inmediato y grave de su salud; si su queja es urgente, puede solicitar una “revisión acelerada” de su queja. Recibirá una llamada acerca de su queja en un plazo de 24 horas. L.A. Care tomará una decisión dentro de los tres días consecutivos siguientes a la fecha en que se reciba su queja.

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

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

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

### ***Cómo presentar una queja para apelar una decisión de autorización previa de un medicamento recetado***

Si no está de acuerdo con el resultado de una decisión de excepción a la cobertura, usted, un representante o su proveedor tienen derecho a apelar la decisión. Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que un revisor externo vuelva a evaluar la solicitud de excepción a la cobertura a través de una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, IRO*). Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) vuelva a evaluar la decisión de excepción a la cobertura a través de una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*). Consulte la sección Revisión Médica Independiente. Recibirá información sobre cómo presentar una apelación, revisión externa o IMR con su carta de denegación.

### **Revisión Médica Independiente**

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

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

### ***Cuándo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)***

Puede solicitar una IMR si cumple 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 la atención médica, o no se ha solucionado la queja después de un plazo de 30 días.

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 urgentes, 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 de investigación.

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

### **Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada**

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra L.A. Care, primero debe llamar por teléfono a L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva) 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 de investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito 1.888.466.2219 y una línea TDD (1.877.688.9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de una IMR e instrucciones en línea. El sitio web en Internet del DMCH, [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de una IMR e instrucciones en línea.

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

L.A. Care le brindará servicios de interpretación si no habla inglés. Puede usar los números de TTY gratuitos que figuran en “Cómo presentar una queja” si usted es un miembro que tiene sordera o dificultades de audición. Con su consentimiento por escrito, su médico también puede presentar una apelación en su nombre.

# Elegibilidad e inscripción

## ***Requisitos de elegibilidad de los miembros***

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

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

## ***Cobertura del dependiente***

Un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura para dependientes inscritos finalizará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente inscrito no será elegible. Un hijo dependiente inscrito de 26 años o más puede permanecer en su plan de L.A. Care Covered™. Siempre que cumplan con los dos criterios siguientes, L.A. Care no finalizará la cobertura de su dependiente inscrito:

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

Además, a partir del 1.º de enero de 2023, sus padres o padrastros dependientes calificados que vivan o residan dentro del área de servicio de L.A. Care Covered™ también son elegibles para inscribirse. Los padres o padrastros califican como dependientes si usted proporcionó más de la mitad de su manutención durante el año calendario anterior. Covered CA™ proporcionará información sobre la dirección y el número de teléfono del Programa de Defensa y Asesoría de Seguros Médicos (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*) local en el momento de la inscripción. Esto garantizará que la persona esté informada y comprenda sus derechos específicos y sus opciones de atención médica antes de inscribir a un padre dependiente inscrito o elegible para Medicare en una cobertura de atención médica individual.

## ***Elegibilidad para créditos fiscales y reducciones en los costos compartidos***

Covered California™ utiliza una sola solicitud para determinar su elegibilidad y la inscripción en este Plan de L.A. Care Covered™ y para evaluar si reúne los requisitos para recibir una asistencia financiera que pueda reducir el costo de su seguro médico. Hay dos nuevos tipos de programas disponibles a partir de 2014. 1) Créditos fiscales: reducirán el costo de su prima mensual; y 2) Reducciones en los costos compartidos: reducirán sus costos de bolsillo. Estos programas están disponibles para las personas y familias que cumplan con determinados requisitos en cuanto a sus ingresos y que no tengan acceso a otro seguro accesible. Comuníquese con Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** o con Covered California™ al **1.888.975.1142 (TTY 1.888.889.4500 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad para estos programas.

## ***Elegibilidad para un plan Catastrophic***

Las personas menores de 30 años califican para inscribirse en un plan Catastrophic, también conocido como plan de cobertura mínima. Este es un tipo de plan de salud con deducibles altos que está diseñado para brindar cobertura en el peor de los casos, pero ofrece una cobertura mínima para la atención médica de rutina además de la atención médica preventiva. Aquellos de 30 años o más pueden comprar cobertura catastrófica si la solicitan y están aprobados para una exención económica o por dificultades generales a través de Covered California™. Los planes de cobertura mínima no califican para créditos fiscales para reducir la prima mensual.

## ***Reglas especiales para los amerindios y nativos de Alaska***

Conforme a la Ley de Cuidado de Salud Aseguible, es posible que los amerindios y nativos de Alaska (*American Indians and Alaskan Natives, AI/AN*) que son miembros de tribus reconocidas a nivel federal o los accionistas de la Corporación de la Ley de Resolución de Reclamaciones de los Nativos de Alaska (*Alaska Native Claims Settlement Act, ANCSA*), que se determinen elegibles por Covered California™, puedan inscribirse en un plan de Covered California™ en cualquier

momento y puede cambiar de plan hasta una vez al mes. Los miembros AI/AN elegibles también pueden calificar para planes de beneficios sin obligación del costo compartido para los beneficios de salud esenciales.

Los miembros AI/AN elegibles con ingresos superiores al 300 % del índice de pobreza federal (*Federal Poverty Level, FPL*) podrán inscribirse en un plan con costos compartidos limitados, que no tiene un costo compartido por los beneficios de salud esenciales si un proveedor participante brinda los servicios y ese proveedor participante también es proveedor de Servicios de salud para indígenas, 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 pueden inscribirse en el plan sin costos compartidos, que no tiene costos compartidos por los beneficios de salud esenciales si un proveedor participante brinda los servicios o si los servicios son proporcionados por el Servicio para indígenas, 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** o a Covered California™ al **1.888.975.1142 (TTY 1.888.889.4500 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** 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 finalización 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. 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

Según la ley de California, el período de inscripción abierta para nuestros miembros de Planes de Salud Calificados (*Qualified Health Plans, QHP*) comienza el 1.º de noviembre de cada año y continúa hasta el 31 de enero del año siguiente. Para las inscripciones recibidas del 1.º de noviembre al 15 de diciembre, la cobertura comenzará el 1.º de enero. Para las inscripciones recibidas del 16 de diciembre hasta el 31 de enero, la cobertura comenzará el 1.º de febrero. Durante el período de inscripción abierta, 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. Le notificaremos sobre el comienzo de su período de inscripción y las medidas que necesite tomar, si corresponde.

## Cobertura de recién nacido

Un hijo recién nacido del suscriptor o su cónyuge se cubre automáticamente desde el momento del nacimiento hasta el día 30 de vida. Para que la cobertura continúe más allá de los 30 días de vida, debe inscribir al niño en el plazo de los 31 días posteriores al nacimiento enviando una solicitud de inscripción a Covered California™ y pagando los cargos de suscripción aplicables. Si no inscribe al niño en el plazo de los 31 días posteriores al nacimiento, su hijo será elegible para inscribirse en un período de inscripción especial en un plazo de sesenta (60 días) a partir del nacimiento.

## Inscripción especial

Si no se inscribe durante el período de inscripción abierta o cuando sea elegible por primera vez y luego desea inscribirse, solamente podrá hacerlo si es elegible debido a que ha experimentado determinados eventos calificados de vida, según lo definido por Covered California™ de acuerdo con la ley federal aplicable (Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Sección § 155.420(c)(2)) y la ley estatal (Título 10 del Código de Regulaciones de

California, Sección 6504), reglas y regulaciones. Los eventos calificados de vida incluyen, a modo de ejemplo: una persona o un dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima, o una persona que no tenía la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense o no era residente legal de los Estados Unidos obtiene dicha condición. Visite [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) o <https://www.lacare.org/health-plans/la-care-covered/special-enrollment> para obtener más información sobre la inscripción especial o llame a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500** si tiene sordera o deficiencia auditiva).

Estos eventos calificados de vida son:

- Perdí mi seguro de salud, incluido Medi-Cal.
- Me mudé permanentemente a California.
- Tuve un bebé.
- Adopté un niño.
- Me casé.
- Perdí el estatus de dependiente.
- Comencé una relación de pareja doméstica.
- Regresé del servicio militar activo.
- Fui liberado de la cárcel.
- Obtuve ciudadanía o presencia legal.
- Amerindios/nativos de Alaska.
- Abuso doméstico o abandono conyugal.
- Recién calificado para el estipendio de conductores que operan por aplicaciones.
- Otros eventos calificados de vida, según lo define la ley.

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

### ***Proceso de solicitud***

Para solicitar la cobertura de L.A. Care Covered™, las personas pueden comunicarse con L.A. Care, Covered California™ o una de las muchas Entidades de Asistentes Certificados del condado de Los Ángeles (encontrará una lista completa en el sitio web de Covered California en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com)). Las personas también pueden completar una solicitud electrónica en [www.coveredca.com](http://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. Una vez que se haya aprobado la solicitud y se haya recibido el pago completo para el primer mes, L.A. Care le enviará un paquete de bienvenida para miembros nuevos y una tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care que incluye la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Los pagos de primas después del mes inicial deben hacerse a nombre de L.A. Care Covered™ a la dirección que figura en la factura mensual.

### ***Cómo agregar dependientes a su cobertura***

Si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción en un plazo de sesenta (60) días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Todos los dependientes deben cumplir con los criterios de elegibilidad, según lo determinado por Covered California™, y deben contar con la aprobación de Covered California™ antes de que L.A. Care pueda comenzar a brindar cobertura. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY **711** si tiene sordera o deficiencia auditiva) o a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500** si tiene sordera o deficiencia auditiva) si necesita más información.

# Responsabilidades de pago

## ¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?

Las primas son cuotas mensuales que un miembro paga para cubrir los costos básicos del paquete de atención médica para sí mismo y para cualquier dependiente inscrito. Usted debe pagar las primas del plan de salud directamente a L.A. Care a su vencimiento. Algunos miembros pueden tener primas cubiertas al 100 % por subsidios y no están obligados a realizar un pago mensual.

## 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. Tenga en cuenta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*) requieren que \$1 del monto total de su prima sea un pago separado por servicios de aborto que no sean de Hyde. Este monto separado debe ser parte de la prima que usted paga y no puede provenir de ningún subsidio federal (crédito fiscal anticipado para la prima, APTC) que pueda recibir. Actualmente, todos los miembros reciben un crédito fiscal para la prima de California de \$1, independientemente del nivel de ingresos. Los servicios de aborto que no sean de Hyde incluyen abortos que no son resultado de violación, incesto o amenaza a la vida de la madre. Los servicios de aborto que no sean de Hyde tienen una prima de \$0, ya que están cubiertos por el crédito fiscal para la prima de California. Estos fondos separados (o segregados) se mantienen en una cuenta separada y se utilizan únicamente para pagar los servicios de aborto en los que incurren nuestros miembros. Anualmente, L.A. Care debe informar al estado de California el monto total de fondos en la cuenta al final de cada año y el monto total de reclamos por abortos pagados desde la cuenta durante el año para garantizar que no se utilicen fondos federales para pagar abortos. Si usted solicita la cobertura de L.A. Care 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. Una vez que esté inscrito en L.A. Care Covered™, recibirá una factura de la prima mensual por correo postal. Visite [lacare.org/es](http://lacare.org/es) para obtener más información sobre cómo pagar sus primas. Tiene 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor para enviar su primer pago. Si no nos envía el pago de su primera prima antes de la fecha de vencimiento, su cobertura se cancelará. Recibirá por correo una notificación donde se le informará que se ha cancelado su cobertura por falta de pago de la primera prima. Si su cobertura se cancela durante el período de inscripción abierta, podrá volver a solicitarla. Si su cobertura se cancela una vez finalizado el período de inscripción abierta, podrá solicitar la cobertura si tiene un evento calificado de la vida según lo descrito en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

L.A. Care ofrece diversas opciones y métodos para pagar su prima mensual:

### Pague en línea

Regístrese o inicie sesión en su cuenta de miembro en [members.lacare.org](http://members.lacare.org). Podrá hacer un pago único o establecer pagos recurrentes. Los pagos automáticos se deducirán automáticamente de su cuenta el día en que venzan las primas o el día antes de que comience el mes de cobertura.

### Pague por correo

Envíe un cheque personal, cheque comercial, giro postal o cheque de caja a nombre de L.A. Care Health Plan.

Envíe su pago por correo a:

**L.A. Care Health Plan**

L.A. Care Covered™

PO Box 512546

Los Angeles, CA 90051-9865

### **Pago por teléfono (autoservicio)**

Si desea realizar un pago por teléfono utilizando nuestra opción de autoservicio, llame al **1.855.270.2327**, escuche el saludo y seleccione la opción 3.

Tenga disponible su N.º de identificación de miembro de L.A. Care que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o el número de cuenta que se encuentra en su factura.

El pago por teléfono está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

L.A. Care no aumentará su prima durante el año calendario, a menos que Covered California™ lo autorice debido a un cambio demográfico informado que pueda afectar su elegibilidad y la suma de la prima. Si sus primas cambian, debe comunicarse con Covered California. L.A. Care no está autorizado a realizar actualizaciones de los montos de las primas. Importante: Si cambia de dirección, comuníquese con Covered California™ al **1.888.975.1142 (TTY 1.888.889.4500 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

### **Comprobante de cobertura**

Entregue su tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital u otro proveedor cuando necesite atención médica. Su tarjeta de identificación para miembro contiene información que los profesionales de atención médica necesitan para asegurarse de que su atención médica esté cubierta. No proporcionar su tarjeta de identificación para miembro cuando busca atención médica puede resultar en una facturación inexacta.

### **¿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. Usted siempre debe prepararse 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:

- vacunación infantil en el consultorio de su médico
- vacunación para adultos en el consultorio de su médico o en una farmacia de la red de L.A. Care
- visitas preventivas para niños

Consulte la sección Servicios de atención médica preventiva 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

### **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; durante su examen de diagnóstico, su proveedor confirma una excepción de la siguiente manera:

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

y es posible que deba pagar el costo compartido cuando pida el artículo. Para los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información necesaria para surtir el grupo de recetas.

### ***Cuándo podría recibir una factura***

En la mayoría de los casos, le pediremos que realice un pago a cuenta de su costo compartido al momento de ingresar. Tenga en cuenta que este pago puede cubrir solo una parte del costo compartido total por los servicios cubiertos que recibe. El proveedor del servicio le facturará cualquier costo compartido adicional adeudado. A continuación, le brindamos algunos ejemplos de cuándo podría recibir una factura:

- Usted recibe servicios durante su visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si estaba programado que recibiera tratamiento para una condición existente, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos servicios. Si su proveedor descubre otro problema de salud durante la visita, es posible que le realice o indique servicios adicionales no programados, como análisis de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico. Es posible que deba pagar costos compartidos independientes por cada uno de estos servicios adicionales no programados, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para el tratamiento de su condición existente.
- Usted recibe servicios de un segundo proveedor durante su visita que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si estaba programado para un examen de diagnóstico, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos servicios. Si su proveedor confirma un problema de salud durante el examen de diagnóstico, es posible que solicite asistencia a otro proveedor para proporcionarle servicios adicionales no programados (como un procedimiento ambulatorio). Es posible que deba pagar costos compartidos independientes por los servicios no programados del segundo proveedor, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para su examen de diagnóstico.
- Si usted ingresa para recibir servicios de atención médica preventiva y recibe durante su visita servicios no preventivos que no estaban programados cuando realizó su pago al momento de ingresar. Por ejemplo, si ingresa para un examen físico de mantenimiento de rutina, le pediremos en el ingreso que pague el costo compartido aplicable a estos servicios (es posible que el costo compartido sea “sin cargo”).
- Si su proveedor descubre un problema de salud durante el examen físico de mantenimiento de rutina, es posible que indique servicios no preventivos para diagnosticar su problema (como análisis de laboratorio). Es posible que deba pagar costos compartidos independientes por los servicios no preventivos proporcionados para diagnosticar su problema, además del costo compartido abonado al momento de ingresar para su examen físico de mantenimiento de rutina.
- Si recibe servicios cubiertos de un centro de salud dentro de la red de proveedores de L.A. Care, pero los servicios cubiertos son proporcionados por un profesional de la salud individual fuera de nuestra red: sus costos compartidos por los servicios cubiertos que reciba fuera de la red de proveedores de L.A. Care no superarán el costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos recibidos dentro de la red de proveedores de L.A. Care.

### **El deducible anual**

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

## Máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM)

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

### *Pagos que cuentan para el máximo*

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

### *Seguimiento de su deducible y gasto máximo de bolsillo*

L.A. Care llevará un registro de los cargos que se cuentan para su deducible y gasto máximo de bolsillo (*out of pocket maximum, OOPM*). Le proporcionaremos el saldo de cada mes en el que haya utilizado los beneficios hasta que el saldo anual sea igual al monto total del deducible o al OOPM completo. También puede solicitar sus saldos acumulados para el deducible y el OOPM de L.A. Care en cualquier momento. L.A. Care le enviará por correo estas actualizaciones a menos que haya optado por no recibir notificaciones por correo. Para solicitar información sobre el saldo acumulado en cualquier momento o cancelar la suscripción a las actualizaciones por correo, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** o **acceda a su cuenta del portal para miembros de L.A. Care Connect en [lacare.org/es](https://lacare.org/es). Puede volver a recibir notificaciones en papel en cualquier momento.** También puede acceder a su Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) y al certificado de umbral a través del portal para miembros. L.A. Care hará todo lo posible para garantizar información precisa y oportuna, pero puede haber demoras en el informe de visitas y pagos de su proveedor, lo que puede afectar la información de acumulación neta. Solicite y conserve todos los recibos de los pagos que realice a sus proveedores de atención médica por los servicios cubiertos para sus registros.

### *Finalización de los beneficios*

Su membresía en L.A. Care Covered™ se cancelará por los siguientes motivos:

- El miembro no paga las primas en la fecha de vencimiento.
- El miembro se muda fuera del condado de Los Ángeles.
- El miembro solicita la cancelación de la membresía a Covered California™. La solicitud debe hacerse a Covered California™. Si el miembro desea que la cobertura finalice antes del plazo del contrato, dicho miembro debe proporcionar un aviso de al menos catorce días.
- El miembro solicita la transferencia a otro Plan de Salud Calificado (*Qualified Health Plan, QHP*).
- Covered California™ le notifica a L.A. Care que el miembro ya no cumple con los requisitos de residencia legal en California.
- Covered California™ le notifica a L.A. Care que el miembro ya no reúne los requisitos para participar en un QHP de beneficios.
- Se finaliza el contrato o el plan de salud de L.A. Care con Covered California™.
- La muerte del miembro.

## Solicitud de finalización mediante notificación por escrito

L.A. Care puede solicitarle a Covered California™ que finalice su cobertura mediante una notificación escrita, por los siguientes motivos:

- fraude o engaño al obtener, o intentar obtener, los beneficios de este plan, y

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

La finalización de la cobertura en virtud de esta sección entrará en vigor al enviar la notificación de finalización al miembro. La membresía de un miembro no se finalizará, bajo ninguna circunstancia, debido a su estado de salud o a la necesidad de servicios de atención médica. Cualquier miembro que crea que su membresía se ha cancelado debido a su estado de salud o a sus necesidades de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de la cancelación al Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

### ***Finalización debido al retiro de este plan de beneficios:***

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

## **Notificación de finalización por escrito**

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

- a. la causa de la finalización 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 finalización o no renovación no fue el estado de salud del miembro 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 el miembro cree que su membresía en el plan de salud finalizó 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 finaliza la membresía de un miembro, la notificación se considerará válida si se envía a la última dirección conocida del miembro.

### ***Finalización de L.A. Care por falta de pago de la prima***

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

- a. que su cobertura ha sido finalizada y los motivos de la finalización;
- 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 finalización. La notificación también le informará que si cree que se ha finalizado inadecuadamente su membresía o la membresía de un dependiente en el plan de salud, puede solicitar una revisión del director del Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care, DMHC*). La carta incluirá toda la información de contacto del DMHC.

***Período de gracia federal por falta de pago de las primas para personas que reciben créditos fiscales anticipados.***

El período de gracia federal es el período de gracia que se ofrece a los miembros que reciben créditos fiscales por adelantado. 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 (Aviso de inicio del período de gracia federal), L.A. Care le enviará una notificación de vencimiento donde se le informará que se finalizará su cobertura por falta de pago de la prima a partir del último día del primer (1.er) mes del período de gracia federal. La notificación le explicará que tiene un período de gracia federal de tres (3) meses consecutivos para realizar la totalidad de sus pagos antes de la finalización. El período de gracia federal 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 federal. Durante los meses dos (2) y tres (3) del período de gracia federal, 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 federal. 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 federal de tres (3) meses. Si no ha pagado sus primas completas antes del último día del tercer mes, en un plazo de cinco (5) días hábiles posteriores a la cancelación de su cobertura, L.A. Care le enviará una Notificación de finalización de la cobertura de L.A. Care Covered™ con la información detallada en la sección anterior (puntos a-c). Si paga los tres (3) meses de primas vencidas antes del último día del período de gracia federal de tres (3) meses, su cobertura se restituirá con vigencia retroactiva a partir del primer (1.er) día del primer (1.er) mes del período de gracia federal. Si usted no restituye su cobertura a más tardar al final del 3.er mes del período de gracia federal, será responsable del costo de cualquier servicio recibido durante los meses (2) y tres (3) del período de gracia federal.

***Restitución de la cobertura***

Si su cobertura finaliza por falta de pago, puede llamar a L.A. Care **1.855.270.2327** (TTY: **711**) para solicitar la restitución de su póliza cancelada, siempre que dicha solicitud se realice en el plazo de un mes desde el final de su período de gracia federal o período de gracia. Si su membresía se cancela por falta de pago, no será elegible para volver a inscribirse en la cobertura del seguro médico hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida definido que le permita inscribirse en un período de inscripción especial.

***Cancelación de la membresía***

Si desea cancelar su membresía en L.A. Care Covered™, llame a Covered California™ al **1.800.300.1506** (TTY **1.888.889.4500 si tiene sordera o deficiencia auditiva**) o ingrese en la sesión de su solicitud en **www.coveredca.com** o comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** (TTY **711**). Es necesario avisar con al menos catorce días de antelación a la finalización del plazo contratado. 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 calculará cualquier pago en exceso y le reembolsará el dinero, pero para facilitar el proceso de reembolso, comuníquese con Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327** (TTY **711 si tiene sordera o deficiencia auditiva**) para solicitar un reembolso.

# Beneficios del plan

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

## Cirugía bariátrica

Cubrimos la atención médica hospitalaria para pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluye habitación, 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 la absorción de nutrientes, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Complete 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 bariátrica determinará si la cirugía es médicamente necesaria para los servicios cubiertos relacionados con procedimientos quirúrgicos bariátricos que usted recibirá, usted pagará 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 los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento para condiciones de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. L.A. Care ofrece cobertura para el tratamiento médicamente necesario de los trastornos de la conducta. L.A. Care también cubre los servicios de atención médica ordenados por un tribunal y exigidos o recomendados en el marco de un plan de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (*Community Assistance Recovery and Empowerment, CARE*). Estos servicios, tal y como se especifican en el plan CARE, se prestan sin gastos compartidos, con la excepción de los medicamentos recetados requeridos. Esto es independiente de si los servicios son prestados por un proveedor dentro o fuera de la red.

**AVISO:** Usted, su representante o su proveedor pueden solicitar nuestros criterios de determinación de revisión de utilización y materiales del programa de educación. Nosotros debemos proporcionar esta información sin ningún costo.

Para obtener más información, llame a Carelon Behavioral Health, el proveedor de servicios para los trastornos de la conducta de L.A. Care, al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD para hacer una cita. Tenemos personas disponibles para ayudarle, comuníquese con los servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

### *Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados*

Las urgencias psiquiátricas son situaciones que potencialmente pueden poner en riesgo la vida de la persona y requieren atención inmediata. Durante una urgencia psiquiátrica, los servicios están disponibles llamando al 911 o acudiendo al hospital más cercano sin autorización previa. L.A. Care cubre los siguientes servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:

- hospitalización psiquiátrica
- atención especializada coordinada para el tratamiento del primer episodio de la psicosis
- atención residencial transitoria no médica para pacientes hospitalizados con trastornos de salud mental
- tratamiento en un programa residencial para crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico acreditado, con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda

La cobertura incluye alojamiento y comida, medicamentos psicotrópicos y los servicios prestados por médicos acreditados y otros profesionales de la salud.

### ***Servicios de salud mental ambulatorios***

L.A. Care cubre los siguientes servicios ambulatorios para la salud mental:

- Evaluación, tratamiento y atención médica para la salud mental.
- Terapia individual, grupal y familiar.
- Servicios de atención ambulatoria, incluidos, entre otros, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia por infusión.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas.
- Administración de medicamentos.
- Hospitalización parcial.
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.
- Tratamiento intensivo ambulatorio para la salud mental.
- Estimulación magnética transcraneal (*Transcranial Magnetic Stimulation, TMS*) ambulatoria.
- Terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy, ECT*).
- Tratamiento diurno.
- Tratamiento intensivo ambulatorio.
- Polisomnografía (estudio del sueño).
- Servicios en centros de salud psiquiátrica, incluidos los servicios ambulatorios estructurados descritos en la sección 1250.2 del Código de Salud y Seguridad.
- Servicios escolares para una afección de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se prestan al miembro en un centro escolar de conformidad con la sección 1374.722 del Código de Salud y Seguridad.
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, si se proporciona cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios ordenados para la farmacoterapia de trastornos de salud mental y consumo de sustancias, incluido el tratamiento con opioides en el consultorio.
- Servicios profesionales para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, asesoría individual, grupal y familiar sobre el consumo de sustancias y la salud mental.

Consulte la sección sobre *Atención de especialistas* (página 26) de este documento para obtener más información sobre la lista completa de servicios ambulatorios para los trastornos de la conducta que no requieren autorización previa.

### ***Servicios durante una crisis***

L.A. Care cubre los servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta prestados por un centro 988, un equipo móvil de crisis u otros proveedores de servicios de crisis de salud conductual para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias. Estos servicios pueden incluir, entre otros, el apoyo emocional confidencial a personas en crisis suicida o con angustia emocional las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estos servicios no requieren autorización previa y están cubiertos independientemente de que los preste un proveedor o centro dentro o fuera de la red.

Para los servicios médicamente necesarios de la salud mental o de los trastornos por consumo de sustancias después de la estabilización de un caso de crisis de trastorno de la conducta abordada a través del sistema 988, estos servicios pueden o no requerir autorización previa en función del nivel de atención requerido (consulte la página 26 para determinar qué servicios para los trastornos de la conducta requieren autorización previa y cuáles no). Si un centro 988, un equipo móvil de crisis u otro proveedor de servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta se

comunica con L.A. Care, L.A. Care deberá autorizar la atención posterior a la estabilización o informar al proveedor de que L.A. Care se encargará de la transferencia inmediata de la atención del miembro a otro proveedor, en un plazo de 30 minutos a partir del momento en que el proveedor realice la llamada telefónica inicial solicitando información.

Un centro 988, el equipo móvil para casos de crisis u otro proveedor de servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta no le facturará a un paciente miembro de L.A. Care la atención posterior a la estabilización, excepto el monto del costo compartido dentro de la red. Las infracciones pueden denunciarse a L.A. Care y al DMHC. Si el miembro recibe servicios y atención de la salud de un proveedor fuera de la red, el miembro de L.A. Care no pagará más que el mismo costo compartido que pagaría por los mismos servicios recibidos de un proveedor dentro de la red, el cual se denominará "monto del costo compartido dentro de la red". El proveedor fuera de la red no le facturará ni le cobrará al miembro ningún gasto por los servicios recibidos de 988 excepto el monto del costo compartido de servicios dentro de la red.

### ***Tratamiento para los trastornos de la conducta (incluido el análisis conductual aplicado)***

L.A. Care cubre el tratamiento para los trastornos de la conducta, incluido el análisis conductual aplicado (ABA) para miembros menores de 21 años con la recomendación de un médico, cirujano o psicólogo titulado de que los servicios de tratamiento de salud de la conducta basados en pruebas son médicamente necesarios. L.A. Care también cubre el tratamiento para los trastornos de la conducta para el trastorno generalizado del desarrollo o el trastorno del espectro autista, de conformidad con la sección 1374.73 del Código de Salud y Seguridad. Ya no es necesario un diagnóstico de trastorno del espectro autista para la autorización de estos servicios.

### ***Servicios de salud mental materna***

L.A. Care cubre los servicios relacionados con las afecciones de la salud mental materna que pueden afectar a una mujer durante el embarazo, cerca del parto o después del parto. Esto incluye la cobertura de los servicios de partera. Todos los proveedores de atención médica participantes de L.A. Care que brindan atención prenatal y posparto deben asegurarse de que a las madres se les ofrezcan pruebas de detección o se les realicen pruebas de detección adecuados para detectar condiciones de salud mental materna. Estas pruebas de detección se llevan a cabo durante al menos uno de los siguientes períodos durante el embarazo y el posparto:

- período prenatal (durante el embarazo antes del parto)
- período posparto (hasta 1 año después del parto)
- período perinatal (durante el embarazo y posparto)

Consulte la sección titulada *Continuidad de la atención médica* (página 34) en este documento para obtener información sobre la continuidad de la atención médica con un proveedor existente.

### ***Desintoxicación para pacientes hospitalizados***

L.A. Care cubre la hospitalización en un hospital participante únicamente para el tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, complicaciones médicas agudas debidas a la desintoxicación, incluidos alojamiento y comida, servicios profesionales para pacientes hospitalizados, servicios de médicos participantes, medicamentos, servicios de recuperación de la dependencia, educación y consejería.

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

L.A. Care cubre los siguientes servicios para el tratamiento del trastorno por el consumo de sustancias:

- Tratamiento diurno.
- Tratamiento intensivo ambulatorio.
- Evaluación, consejería y tratamiento individual y grupal del trastorno por consumo de sustancias.
- Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia.
- Hospitalización parcial.
- Polisomnografía (estudio del sueño).

- Servicios escolares para servicios por el trastorno por consumo de sustancias que se prestan en un centro escolar de conformidad con la sección 1374.722 del Código de Salud y Seguridad.
- Administración de medicamentos.
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, si se proporciona cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios ordenados para la farmacoterapia de trastornos de salud mental y consumo de sustancias, incluido el tratamiento con opioides en el consultorio.
- Servicios profesionales para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, asesoría individual, grupal y familiar sobre el consumo de sustancias y la salud mental.

### ***Especialidad adicional del trastorno por consumo de sustancias***

L.A. Care cubre el tratamiento de terapia de sustitución de opiáceos para todos los miembros cuando sea médicamente necesario en un centro de tratamiento autorizado y aprobado por el grupo médico.

### ***Servicios de recuperación residenciales de transición***

L.A. Care cubre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias en un entorno de recuperación residencial de transición no médico aprobado por escrito por el grupo médico. Estos establecimientos proporcionan servicios de consejería y apoyo en un entorno estructurado.

### ***Exclusiones de los servicios para trastornos por consumo de sustancias***

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

Las exclusiones no se aplican a los servicios basados en pruebas y realizados por profesionales de salud mental permitidos por la ley de California para los servicios para los trastornos de la conducta.

El proveedor de salud conductual de L.A. Care utiliza los criterios clínicos desarrollados por asociaciones profesionales sin fines de lucro o por una organización sucesora de estas, para tomar determinaciones de revisión de la utilización que estén dentro del ámbito de los criterios. Si desea consultar la lista completa de asociaciones profesionales sin fines de lucro, comuníquese con L.A. Care llamando al **1.844.858.9940**.

## **Servicios para el cáncer**

### ***Pruebas de detección de cáncer***

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

- pruebas de detección de cáncer en general
- pruebas de detección de cáncer cervical
  - Pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH).
  - Vacunas contra el VPH, que incluyen, entre otras, Gardasil® para miembros de 9 a 45 años.
  - L.A. Care no impondrá deducible, coseguro, copago ni ningún otro requerimiento de costo compartido en la cobertura de la vacuna contra el VPH.
- mamografías para detectar el cáncer de seno
- pruebas de detección de cáncer de próstata
- servicios de dietilestilbestrol
- pruebas de detección de cáncer colorrectal, incluyendo la prueba inmunoquímica fecal (*Fecal Immunochemical Test, FIT*), la prueba de sangre oculta en las heces (*Fecal Occult Blood Test, FOBT*), prueba de ADN en heces multiobjetivo y la colonoscopia

### ***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. 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**

Si tiene una enfermedad que pone en peligro su vida, incluido el cáncer, quizás pueda participar en un estudio clínico. Un estudio clínico es un estudio de investigación relacionado con la prevención, detección o tratamiento de enfermedades que ponen en peligro la vida para determinar si un tratamiento o medicamento es seguro y trata la enfermedad de un miembro. Cuando el médico de L.A. Care o el proveedor a cargo de su tratamiento le den una referencia para un estudio clínico, el estudio clínico deberá cumplir determinados requisitos. Deberá tener probabilidades significativas de beneficiarle y deberá contar con la aprobación de una de las siguientes instituciones:

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

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

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

Los siguientes servicios de los estudios clínicos no están cubiertos:

- los servicios que se prestan únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos y no se utilizan en su gestión clínica
- los servicios que los patrocinadores de la investigación prestan habitualmente de forma gratuita a los participantes en el estudio clínico

Si padece una enfermedad potencialmente mortal o debilitadora, o si cumplía los requisitos pero se le denegó la cobertura de un estudio clínico sobre el cáncer, tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review, IMR*) sobre la denegación. Puede obtener más información acerca de esto en la sección “¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho?”.

## Servicios dentales y de ortodoncia

No cubrimos los servicios dentales y de ortodoncia para adultos mayores de 19 años, pero sí algunos servicios dentales y de ortodoncia para adultos mayores de 19 años, tal y como se describe en esta sección “*Servicios dentales y de ortodoncia*”.

### *Servicios dentales para radioterapia*

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

### *Anestesia dental*

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

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

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

### *Servicios dentales y de ortodoncia para paladar leporino*

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

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

### *Costos compartidos para servicios dentales y de ortodoncia*

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

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

## Cuidados para la diabetes

Estos servicios están cubiertos 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 las cetonas y los comprimidos para pruebas de acetona o azúcar o las cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina.
- Dispositivos para la administración de insulina: cubrimos los siguientes dispositivos para la administración de insulina: dispositivos de administración tipo pluma, agujas y jeringas desechables y accesorios para la visión necesarios para garantizar la administración de una dosis adecuada (excepto anteojos).
- Medicamentos recetados: consulte la sección de medicamentos a continuación.
- Dispositivos podiátricos (como calzado especial o plantillas) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.

- Cuidado del pie médicamente necesario de pacientes diabéticos.
- 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:*

L.A. Care proporciona cobertura para las pruebas de biomarcadores médicamente necesarias, según las indicaciones del médico, incluida la secuenciación del genoma completo, con fines de diagnóstico, tratamiento, gestión adecuada o seguimiento continuo de la enfermedad o afección de un miembro para orientar las decisiones de tratamiento, según las indicaciones del médico.

- Análisis de laboratorio para monitorear la eficacia de la diálisis
- Pruebas de sangre oculta en las heces, pruebas inmunoquímicas en heces y pruebas de ADN en heces multiobjetivo.
- 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.
- Las pruebas de biomarcadores para el cáncer metastásico avanzado en las etapas 3 o 4 o pruebas para la medir el avance o recurrencia del cáncer en pacientes con cáncer metastásico avanzado en las etapas 3 o 4 están cubiertas sin autorización previa.
- Las pruebas de biomarcadores que no sean para una terapia aprobada por la FDA para el cáncer avanzado o metastásico en las etapas 3 o 4 requieren autorización previa.
- 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 electroencefalograma [EEG] y electrocardiogramas [ECG]).
- Radioterapia.
- Tratamientos con luz ultravioleta.
- Costos de laboratorio para el procesamiento de kits de prueba en el hogar para enfermedades de transmisión sexual cuando su proveedor dentro de la red ordena la prueba para usted.
- Servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos u otros servicios de diagnóstico y terapéuticos.
- Pruebas de drogas, tanto presuntivas como definitivas, incluidas las evaluaciones iniciales y continuas del paciente durante el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.

## Atención 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:

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

Exclusiones:

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

## Equipo médico duradero (DME)

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

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

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

Se proporcionan los DME cubiertos (incluye reparación o reemplazo del equipo cubierto, a menos que se haya perdido o haya sufrido un uso indebido). Nosotros decidimos si el equipo se alquilará o comprará, y elegimos al proveedor.

Deberá devolvernos el equipo o pagarnos el precio justo de mercado del equipo cuando ya no lo cubramos.

Los ejemplos de DME incluyen:

- para pruebas de diabetes en sangre, monitores continuos de glucosa, monitores continuos de glucosa 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)

Exclusiones:

- equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo

## Servicios de atención médica de emergencia

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

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

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran, entre otros:

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

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

Su PCP deberá proporcionarle atención médica de seguimiento para los servicios de emergencia. Se le reembolsarán a usted todos los cargos que pague por servicios de emergencia cubiertos, incluso los servicios de transporte médico (que incluyen ambulancia y ambulancia aérea), proporcionados por proveedores no participantes. El monto que paga no excederá la cantidad de costo compartido que pagaría por los mismos servicios cubiertos de un proveedor participante.

### ***Servicios de emergencia fuera del área de servicio***

Si se produce una emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio o fuera de los Estados Unidos, 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. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, deberá pagar los servicios de emergencia que reciba. L.A. Care reembolsará los servicios de emergencia cubiertos hasta la cantidad máxima permitida. Cuando presente su reclamo, deberá enviar el expediente médico, una copia de la factura del médico y el comprobante de pago para su revisión.

### ***Atención médica posterior a la estabilización y de seguimiento después de una emergencia***

Una vez que su condición médica de emergencia haya sido tratada en un hospital y ya no exista una emergencia porque su afección se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento quiera que usted permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos después de que una afección de emergencia se estabiliza se denominan “servicios posteriores a la estabilización”.

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

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

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

Asimismo, es posible que deba pagar los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y

obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización. Si cree que le facturaron inadecuadamente servicios de atención posteriores a la estabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

## Planificación familiar

Se ofrecen servicios de planificación familiar a todos los miembros en edad de tener hijos, con el fin de ayudarles a seleccionar cuántos hijos desean tener y con cuántos años de diferencia. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). Puede recibir servicios de planificación familiar y anticonceptivos aprobados por la FDA (incluyendo un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados que se dispensan a la vez) de cualquier proveedor de atención médica participante que tenga licencia para prestar estos servicios. Los servicios relacionados con anticonceptivos y dispositivos para pacientes ambulatorios, como la inserción o extracción de dispositivos, la atención médica de seguimiento para los efectos secundarios y la asesoría para el cumplimiento continuo también están cubiertos sin cargo (copago de \$0). Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen:

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

A partir del 1.º de enero de 2024, los medicamentos, o dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA que se pueden adquirir sin receta médica están cubiertos sin costo alguno (\$0 de copago). Los servicios de planificación familiar también incluyen consejería, educación del paciente sobre anticoncepción, esterilización femenina, procedimientos quirúrgicos para la interrupción del embarazo (llamado aborto) y vasectomías. Todos estos servicios están cubiertos sin costo y no requieren autorización previa. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)** si necesita más información sobre los centros que prestan estos servicios.

## Servicios de educación para la salud y programa de bienestar

### *Programa de Prevención de la Diabetes*

El Programa de Prevención de la Diabetes (*Diabetes Prevention Program, DPP*) es un programa de un año para personas que tienen prediabetes o están en riesgo de padecer diabetes tipo 2. El DPP le ayudará a realizar pequeños cambios en sus elecciones alimenticias y en sus niveles de actividad para prevenir el diagnóstico de diabetes de tipo 2. Puede reunir los requisitos para este programa si usted:

- Tiene 18 años o más.
- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 25 o mayor (o de 23 o mayor si se identifica como asiático).
- En los últimos 12 meses, se ha realizado alguna de las siguientes pruebas:
  - prueba de HbA1C con un valor entre 5.7 y 6.4
  - o
  - glucosa plasmática en ayunas de 100-125 mg/dL
  - prueba de dos horas después de la toma de glucosa de 140-199 mg/dl.
- No tiene diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o tipo 2.
- No hubo diabetes gestacional.
- No tiene enfermedad renal en estado terminal.

**My Health In Motion™**

L.A. Care Health Plan ofrece a sus miembros una plataforma en línea de salud y bienestar, llamada My Health In Motion™ (Mi HIM) sin ningún costo. La unidad de educación para la salud de L.A. Care Health Plan (L.A. Care) ha contratado al proveedor MediKeeper, Inc. para ofrecer esta plataforma.

Mi HIM fomenta una vida sana y proporciona a los miembros de L.A. Care herramientas y recursos para realizar cambios positivos en su estilo de vida. A través de Mi HIM, los miembros pueden completar una evaluación de salud, ver un informe personalizado de sus riesgos y puntos fuertes para la salud, utilizar herramientas y talleres personalizados en función de sus riesgos, comunicarse con consejeros de salud certificados y nutricionistas, y consultar una biblioteca completa de recursos de salud. Para poder usar Mi HIM, los miembros deben tener 18 años o más.

Mi HIM se ofrece a través de un sitio en línea dirigido a los miembros de L.A. Care Covered™ Direct (LACCD). Los miembros solo pueden acceder al sitio específico de su programa (*Line of Business, LOB*). Puede acceder al portal de bienestar My Health In Motion (Mi HIM) a través del portal para miembros de L.A. Care Connect en <https://es.members.lacare.org/>.

Solo a los miembros del sitio comercial se les ofrece un programa de incentivos, con el que pueden ganar hasta \$215 en recompensas (tarjetas de regalo) todos los años solo por participar en el Programa de Recompensas de My Health In Motion™. Los puntos pueden canjearse electrónicamente por tarjetas regalo en más de 100 tiendas. Los puntos obtenidos en un año calendario no se transfieren al siguiente año. El programa tiene varias formas de ganar puntos para canjearlos por tarjetas regalo.

**La estructura de incentivos para el año del plan 2025 es la siguiente:**

- Completar una evaluación de la salud: \$40
- Completar un programa de un consejero de salud de 3 meses: \$30
- Completar **dos** de los siguientes talleres:
  - Cómo dejar el tabaco y la nicotina (LivingFree [Vivir libre]): \$30
  - Cómo ponerse activo (LivingFit [Vivir en forma]): \$30
  - Control de la diabetes (LivingWell [Vivir bien]): \$30
  - Nutrición o alimentación saludable (LivingLean [Vivir sano]): \$30
  - Cómo controlar el alcohol (LivingSmart [Vivir de forma inteligente]): \$30
- Examen médico preventivo anual: \$25 (se requiere formulario de validación)
- Control de la diabetes: \$30 (se requiere validación/prueba)
- Manejo de la presión arterial: \$30 (se requiere validación/prueba)
- La información sobre Mi HIM está disponible a través de diversos medios, entre ellos, el Manual para Miembros, el paquete de bienvenida de L.A. Care, el sitio web de L.A. Care, los boletines informativos para miembros y los envíos postales específicos.

El programa Mi HIM ofrece a los miembros la oportunidad de completar una evaluación de la salud en el momento de la inscripción inicial que cumple con las especificaciones y los requisitos del National Committee for Quality Assurance (NCQA). En función de la puntuación de riesgo y de los resultados de la evaluación de la salud, los miembros se comunican con los recursos de salud que se ocupan de las áreas de salud identificadas que requieren atención, tales como:

- mantenimiento de un peso saludable (IMC);
- programas para dejar de fumar y de consumir tabaco;
- fomento de la actividad física;

- alimentación saludable;
- control del estrés;
- evitar el riesgo del consumo de alcohol;
- identificación de los síntomas depresivos;
- ¡Y mucho más!

Además, los miembros tienen la opción de programar citas de asesoría con consejeros de salud certificados y nutricionistas que forman parte del personal de L.A. Care.

## **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 de VIH confidencialmente:

- 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** si tiene sordera o deficiencia auditiva) para solicitar una lista de los lugares donde se pueden hacer estas pruebas.

## **Servicios de salud en el hogar**

L.A. Care cubrirá los servicios de salud en el hogar si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- El miembro está confinado en su hogar excepto por ausencias poco frecuentes o de duración relativamente corta, o cuando las ausencias son atribuibles a la necesidad de recibir tratamiento médico, debido a una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias.
- La atención de enfermería especializada de forma intermitente, la terapia física, la terapia ocupacional o los servicios de patología del habla y el lenguaje son médicamente necesarios para la evaluación o el tratamiento de la condición de salud mental o el trastorno por consumo de sustancias de un miembro o sus síntomas. Estos servicios (consulte lo anterior) deberán ser razonables y necesarios para mejorar la condición actual del miembro, mantener la condición actual del miembro o prevenir o retardar un mayor deterioro de la condición del miembro.
- El médico, asistente médico, enfermero o especialista en enfermería clínica del miembro certifica que se cumplen las condiciones de cobertura descritas anteriormente y establece, y revisa periódicamente con una frecuencia no inferior a una vez cada 60 días, un plan de cuidados que incluye los servicios que se especifican a continuación y define la frecuencia y duración de las consultas.
- L.A. Care cubrirá todos los siguientes servicios de salud en el hogar, tal como se especifica en el plan de atención médica preparado por el médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica del miembro:
- Atención de enfermería especializada de medio tiempo, incluso por parte de un enfermero titulado, un enfermero con licencia de práctica bajo la supervisión de un enfermero titulado o un enfermero con capacitación psiquiátrica.
- Servicios de medio tiempo de asistencia en el hogar para el cuidado personal.
- Terapia física.

- Patología del habla y del lenguaje.
- Terapia ocupacional.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar mientras el miembro está bajo un plan de atención médica en el hogar.
- Equipo médico duradero mientras el miembro esté bajo un plan de atención médica en el hogar en la medida en que el contrato del plan de salud del miembro incluya cobertura para equipo médico duradero.

L.A. Care cubrirá tanto los servicios de enfermería especializada como los servicios de asistencia en el hogar prestados cualquier cantidad de días por semana, siempre que los servicios de enfermería especializada y los servicios de asistencia en el hogar, combinados, se presten menos de ocho horas por día y 35 horas por semana.

## Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para brindar cuidados paliativos y para aliviar el malestar físico, emocional y espiritual de un miembro que está atravesando las últimas fases de la vida debido a una enfermedad terminal. También brindan apoyo a la principal persona a cargo del cuidado del miembro y a la familia del miembro.

Los miembros que optan por recibir estos servicios, eligen recibir cuidados paliativos para el dolor y otros síntomas asociados con una enfermedad terminal, pero no recibir atención médica para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

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

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

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

- Servicios de médicos participantes.
- Atención de enfermería especializada, que incluye la evaluación, la administración de casos de necesidades de enfermería, el tratamiento del dolor y el control de los síntomas (cuidados paliativos), el apoyo emocional para usted y su familia, y la capacitación de las personas a cargo de su cuidado.
- Terapia física, ocupacional o del habla para fines de control de síntomas o para permitirle seguir realizando las actividades de la vida cotidiana.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de auxiliares de atención médica en el hogar y de ama de casa.
- Medicamentos paliativos recetados para el manejo del dolor y de los síntomas de una enfermedad terminal de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos.
- Debe obtener estos medicamentos a través de farmacias del plan.
- Equipo médico duradero.

- Atención de relevo cuando sea necesaria para aliviar a las personas a cargo de su cuidado. La atención de relevo consiste en atención ocasional a corto plazo brindada como paciente hospitalizado limitado a no más de cinco días consecutivos por vez.
- Asesoría y servicios por duelo.
- Asesoría en materia de alimentación.
- Los siguientes cuidados brindados durante períodos de crisis cuando necesite atención médica continua para aliviar o controlar síntomas médicos agudos:
  - atención de enfermería continua durante un máximo de 24 horas al día conforme sea necesario para mantenerlo en su hogar
  - atención médica a corto plazo para pacientes hospitalizados en un nivel que no pueda proporcionarse en el hogar

### **Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados**

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

- habitación y comida, incluyendo una habitación privada si es médicamente necesario
- atención médica especializada y unidades de cuidados críticos
- atención de enfermería general y especial
- quirófano y sala de recuperación
- servicios de médicos participantes, incluidas las consultas y los tratamientos brindados por especialistas
- anestesia
- medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para los medicamentos para el alta recetados cuando sea dado de alta del hospital, consulte la subsección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*” de esta sección de “*Beneficios del plan*”)
- materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos
- equipo médico duradero y suministros médicos
- diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidas resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones
- sangre, derivados hematológicos y su administración
- atención obstétrica y parto (incluida la cesárea)
- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado)
- terapia respiratoria
- servicios sociales médicos y planificación del alta
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos servicios de hospitales autorizados de atención aguda general, psiquiátrica aguda y de recuperación de dependencia química

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

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

- cirugía bariátrica
- estudios clínicos
- servicios dentales y de ortodoncia
- atención de diálisis
- cuidados paliativos

- prótesis y dispositivos ortopédicos
- cirugía reconstructiva
- atención en un centro 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.

## 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:
  - Las consultas médicas periódicas durante el embarazo (llamadas consultas prenatales): incluido el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos en casos de embarazo de alto riesgo.
  - Servicios de atención médica ambulatoria.
  - Pruebas de diagnóstico y genéticas que incluyen, entre otras: 1) pruebas de alfa-fetoproteína; 2) pruebas de detección de diabetes gestacional.
  - Asesoría nutricional; apoyo, suministros y asesoría para la lactancia materna.
  - Atención médica durante el trabajo de parto y el parto.
  - Atención médica seis (6) semanas después del parto (denominada atención posparto).
  - Atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas por un período mínimo de 48 horas en caso de parto vaginal normal o de 96 horas en caso de parto por cesárea. La cobertura de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas puede ser menos 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 consulta de seguimiento después del alta, para la mamá y para el bebé, en las 48 horas siguientes al alta.
- Servicios de urgencia necesarios para evitar un deterioro grave de la salud del feto, basados en la creencia razonable de que la afección relacionada con el embarazo cuyo tratamiento no puede demorarse hasta que la miembro regrese al área de servicio del plan.

Si está embarazada, llame inmediatamente a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. Queremos 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. Si tiene alguna duda, consulte a su médico o llame al Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

### *Preservación de la fertilidad*

Los servicios para preservar la fertilidad para compensar la infertilidad creada médicamente (infertilidad iatrogénica) están cubiertos. Esto puede incluir:

- criopreservación de óvulos o esperma
- protector de radiación

Cualquier otro servicio para tratar la infertilidad no está cubierto, como:

- inseminación intrauterina
- fertilización in vitro
- medicamentos destinados a aumentar la fertilidad o estimular la implantación de embriones

## **Terapia nutricional médica (MNT)**

La terapia nutricional médica (*Medical Nutrition Therapy, MNT*) es un tratamiento basado en la nutrición proporcionado por un nutricionista titulado. Consiste en consultas para determinar un diagnóstico nutricional y una línea de actuación para ayudar a gestionar determinadas afecciones de salud como la diabetes, la enfermedad renal crónica y la obesidad. Se requiere la remisión de un médico especialista. Se requiere referencia de un médico. Es posible que algunos miembros no reúnan los requisitos para recibir estos servicios.

## **Transporte médico**

### ***Servicios de transporte de emergencia***

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

De acuerdo con los artículos 1371.56(a)(2) y 1371.56(b) del Código de Regulaciones de California, los costos de los proveedores de ambulancias terrestres no contratados no superarán el monto del costo compartido de los servicios dentro de la red para los servicios sujetos a esta sección. L.A. Care informará al miembro y al proveedor no contratado del monto del costo compartido de los servicios dentro de la red adeudado por el miembro y revelará si la cobertura del miembro está regulada o no por el departamento.

El monto del costo compartido dentro de la red pagado por el miembro de conformidad con esta sección contará para el límite de los gastos de bolsillo anuales establecido en la sección 1367.006. Los gastos compartidos derivados de la aplicación de esta sección se contabilizarán a cualquier deducible del mismo modo que los gastos compartidos que se contabilizarían a un proveedor contratado.

El monto del costo compartido por los servicios dentro de la red pagado por el miembro conforme a esta sección satisfará la obligación del miembro de pagar el costo compartido por el servicio de salud.

### ***Servicios de transporte para situaciones que no son de emergencia***

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

Los medios de transporte están autorizados cuando:

- Su afección médica o física no le permite viajar en autobús, vehículo de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado.
- Se requiere transporte con el propósito de hacer la transferencia de un centro a otro o de un centro a su hogar.

### ***Límites de los servicios de transporte de emergencia y no emergencia***

Este beneficio de transporte de emergencia permite el transporte a servicios médicos de emergencia en ambulancia o camioneta psiquiátrica de transporte, incluidos los servicios de ambulancia aérea médicamente necesarios.

Los servicios de transporte que no sea de emergencia se limitan al transporte entre los centros o desde un centro a su hogar, cuando sea médicamente necesario. El beneficio de transporte que no sea de emergencia no cubre el traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público.

## **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 fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (según corresponda) y servicios hospitalarios que puedan proporcionarse razonablemente en forma ambulatoria. Servicios y suministros relacionados, entre los que se incluyen:

- quirófano,
- anestesia general,

- sala de tratamiento,
- servicios auxiliares, y
- medicamentos 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 afección médica o el estado clínico de un miembro o debido a 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.

## Suministros de urología y ostomía

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

- adhesivos: líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla
- fajas para estomía
- fajas para hernia
- sondas
- bolsas o botellas para drenaje: para la cama y la pierna
- suministros para vendaje
- lubricantes
- suministros varios: conectores urinarios, filtros de gas, desodorantes para 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 ostomía
- barreras cutáneas
- cinta adhesiva: todos los tamaños, impermeables y no impermeables

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

Exclusiones:

- Los equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo no están cubiertos.

## Control del dolor

Generalmente, los servicios de acupuntura se proporcionan únicamente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Además, la salud conductual, la terapia basada en instrumentos, la terapéutica inmersiva y los dispositivos médicos están cubiertos para el tratamiento del dolor con el fin de ayudar a prevenir el uso excesivo de opiáceos.

## 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 cuando sea médicamente necesaria para el control y tratamiento del asma está cubierta.

### ***Atención dental pediátrica***

L.A. Care cubre los siguientes beneficios odontológicos para los miembros de hasta 19 años de edad hasta el final del mes en que el miembro cumple 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 si tiene sordera o deficiencia auditiva**).

Los beneficios cubiertos incluyen:

- atención médica preventiva y de diagnóstico, que incluye los exámenes bucales, las limpiezas preventivas, la aplicación de selladores y de fluoruro tópico
- servicios dentales básicos y mayores, que incluye los empastes de amalgama, tratamientos de conducto y servicios de extracción
- servicios de ortodoncia

### ***Coordinación de beneficios de atención dental pediátrica***

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

### ***Atención pediátrica de la vista***

L.A. Care cubre los siguientes beneficios de la vista para los miembros de hasta 19 años de edad hasta el final del mes en que el miembro cumple 19 años. No se aplica el deducible anual.

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

- Examen de la vista, que incluye dilatación si se indica y refracción.
- Un (1) par de anteojos recetados por año, incluyendo tanto lentes como monturas, o lentes de contacto. Se pueden obtener lentes de visión única, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lentes lenticulares en todas sus graduaciones. Se puede elegir entre lentes de cristal, plástico o policarbonato. Los lentes de policarbonato se pueden obtener sin costo compartido adicional.
- Los lentes de contacto son médicamente necesarios para el tratamiento de: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular. L.A. Care Covered cubre la afaquia sin límite de edad, tal y como exige la sección 1367.005, inciso (a)(2).
- Servicios para visión disminuida.

### **Servicios de podiatría (cuidado de los pies)**

Los servicios de podiatría (cuidado de los pies) están cubiertos, incluido el diagnóstico y el tratamiento de condiciones que afectan el pie, el tobillo y las estructuras de la pierna.

El cuidado de rutina de los pies médicamente necesario está cubierto. El cuidado de rutina de los pies se considera médicamente necesario cuando la persona sufre de una afección vascular periférica, neurológica o metabólica que causa un deterioro circulatorio grave o áreas de sensibilidad reducida en las piernas o los pies de la persona.

- El cuidado de rutina de los pies que no sea médicamente necesario no está cubierto.

### **Atención médica 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 para pacientes ambulatorios

Cubrimos los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en esta sección cuando se receten de la siguiente manera y se obtengan en una farmacia del plan o a través del servicio de entrega a domicilio por correo:

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

### *Cómo obtener los artículos cubiertos*

Los artículos cubiertos deben obtenerse en una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo, a menos que obtenga el artículo como parte de servicios de emergencia cubiertos, atención posterior a la estabilización o atención médica de urgencia fuera del área, según lo descrito en la sección “*Servicios de atención médica de emergencia*”. Consulte la sección “*Cómo encontrar una farmacia*” para conocer cuáles son las farmacias del plan en su área.

Si la cobertura de L.A. Care se modifica para excluir un medicamento que hemos estado cubriendo y que le estuvimos proporcionando de acuerdo con 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 afección y para un uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

### *Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para pacientes ambulatorios*

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

- anticonceptivos orales
- pastillas anticonceptivas de emergencia
- anillos anticonceptivos
- parches anticonceptivos
- capuchones cervicales
- diafragmas

La cobertura también incluye un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA y dispensados al mismo tiempo.

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

### *Medicamentos y suplementos preventivos*

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

- aspirina

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

***Todos los demás medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios***

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

- medicamentos para los que la ley exige una receta 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

***Costo compartido para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral***

Para los miembros de los planes Platinum 90 HMO, Gold 80 HMO, Silver HMO y Bronze HMO, el costo compartido para un suministro de medicamentos recetados de 30 días no puede exceder los \$250 por receta.

(1) No obstante cualquier deducible, el monto total de los copagos y coseguros que el miembro debe pagar no superará los \$250 por una receta individual de hasta un suministro para 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado y administrado por vía oral cubierto por el contrato.

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

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

**Nota:** Si el precio minorista de un medicamento recetado, suministro o suplemento cubierto es menor que el copago definido, usted pagará la cantidad menor. El monto que pague se aplicará a su límite máximo de gastos de bolsillo y a su deducible (si corresponde).

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

**Deducible para medicamentos:** En cualquier año calendario, es posible que deba pagar cargos por los medicamentos cubiertos. Si su plan de beneficios incluye un deducible para medicamentos, usted deberá pagar todos los costos para alcanzar el deducible para medicamentos cada año calendario antes de que L.A. Care Covered™ Health Plan cubra el medicamento con el copago aplicable (consulte la sección “Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”). Si un medicamento requiere la administración u observación a cargo de personal médico y se le administra en un consultorio médico del plan o durante visitas domiciliarias, no necesitará alcanzar el deducible para medicamentos para los siguientes artículos:

- productos con aminoácidos modificados utilizados para tratar errores congénitos del metabolismo de aminoácidos (como la fenilcetonuria)
- medicamentos de quimioterapia para el cáncer y determinados complementos fundamentales después de un diagnóstico de cáncer
- determinados medicamentos para el tratamiento de arritmias ventriculares que pongan en peligro la vida
- diafragmas y capuchones cervicales
- medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
- fórmula de nutrición enteral elemental cuando se utiliza como terapia primaria de la enteritis regional
- pastillas anticonceptivas de emergencia
- agentes hematopoyéticos para diálisis y para el tratamiento de la anemia en la insuficiencia renal crónica
- hormona del crecimiento humano para el tratamiento a largo plazo de pacientes pediátricos con un retraso del crecimiento debido a la secreción insuficiente de la hormona del crecimiento endógena

- en conexión con un trasplante, inmunosupresores y ganciclovir y promedicamentos de ganciclovir para el tratamiento del citomegalovirus
- heparina de bajo peso molecular para la terapia aguda de trastornos trombóticos que pongan en peligro la vida
- aglutinantes de fosfato para pacientes con diálisis para el tratamiento de la hiperfosfatemia en la enfermedad renal en estado terminal

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

### ***Determinados medicamentos, suministros y suplementos intravenosos***

Cubrimos determinados medicamentos, líquidos, 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 de “*Exclusiones de medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios*”).

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

Cubrimos sin cargo (copago de \$0):

- tiras reactivas para la medición de la cetona
- comprimidos para pruebas de acetona

### ***Exclusiones de medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios:***

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

## **Servicios de atención médica preventiva**

Es importante que consulte a su médico al menos una vez al año, aunque no esté enfermo. Cubrimos una amplia variedad de servicios de atención médica preventiva. De acuerdo con 42 U.S.C Sección 300gg -13 (a). De acuerdo con la sección 1367.002, los servicios de atención médica preventiva, la atención prenatal o las consultas previas a la concepción están cubiertos sin cargo. Los exámenes médicos periódicos incluyen todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina. Esto incluye, entre otros:

- Exámenes médicos periódicos de mantenimiento, lo que incluye exámenes físicos anuales.
- Inmunizaciones, de acuerdo con la última versión del Programa Recomendado de Inmunización Infantil de los Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*). También se incluye la cobertura gratuita de la vacuna contra el COVID-19.
  - pruebas de detección del COVID-19
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluidos los kits de pruebas en el hogar cuando las solicite su proveedor de la red.
- Exámenes citológicos, en forma periódica y razonable
- Otras inmunizaciones apropiadas según la edad.
- Vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

- Profilaxis previa a la exposición al VIH (*Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP*), profilaxis posterior a la exposición al VIH (*Post-Exposure Prophylaxis, PEP*) y los servicios necesarios asociados, incluidos los de atención médica inicial y atención médica de seguimiento.
- Servicios para osteoporosis.
- Exámenes oftalmológicos:
  - examen de rutina
- Educación de la salud.
- Todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas a nivel general, como por ejemplo:
  - prueba de detección de cáncer de seno
  - prueba de detección de cáncer de próstata
  - pruebas de detección de cáncer colorrectal, incluyendo la prueba inmunoquímica fecal (*Fecal Immunochemical Test, FIT*), la prueba de sangre oculta en las heces (*Fecal Occult Blood Test, FOBT*), la prueba de ADN en heces multiobjetivo y la colonoscopia
  - pruebas de detección de cáncer en general
  - servicios de mamografía
  - prueba de detección de cáncer cervical
  - servicios de dietilestilbestrol
  - prueba de detección de experiencias adversas en la infancia (*Adverse Childhood Experiences, ACE*)
- Atención médica de rutina para bebés durante los primeros dos años de vida, lo que incluye:
  - visitas al hospital para recién nacidos y pruebas de detección para recién nacidos
  - exámenes médicos para recién nacidos y otras visitas al consultorio, conforme a las últimas recomendaciones para atención médica pediátrica preventiva, adoptadas por la Academia Estadounidense de Pediatría; y conforme a la última versión del Programa Recomendado de Inmunización Infantil de los Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)
- Además, L.A. Care también cubre los medicamentos terapéuticos del COVID-19 (tales como los antivirales como Paxlovid™) sin ningún costo.
- L.A. Care cubrirá servicios de atención médica preventiva, incluyendo los siguientes:
  - Pruebas de detección, intervención breve y referencia a tratamiento, intervenciones basadas en la atención primaria y servicios especializados para personas con consumo de sustancias peligrosas, en riesgo o nocivas que no cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno por consumo de sustancias, o personas para quienes aún no hay suficiente información para documentar un trastorno por consumo de sustancias o adictivo, como se describe en el nivel de atención de la ASAM 0.5 (3.ª edición), o la versión más reciente de los Criterios de la ASAM.
  - Servicios básicos de prevención y mantenimiento de la salud, incluidos: pruebas de detección de trastornos de salud mental y del desarrollo y experiencias adversas en la niñez; evaluaciones multidisciplinarias; evaluaciones de expertos; referencias; consultas y asesoría por parte de médicos clínicos de salud mental; evaluación de emergencia, intervención breve y disposición; intervención y estabilización de crisis; programas de prevención e intervención de extensión comunitaria; primeros auxilios de salud mental para víctimas de trauma o catástrofe; y educación para el mantenimiento de la salud y la prevención de la violencia, como se describe en el nivel de atención cero del LOCUS y CALOCUS-CASII (versión 2020), o las versiones más recientes del LOCUS y CALOCUS-CASII.
  - Servicios de atención médica preventiva para una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se requieren según la sección 1367.002 del Código de Salud y Seguridad.

\*En caso de que una prueba de detección de cáncer colorrectal (que no sea una colonoscopia) arroje un resultado

positivo, se requerirá una colonoscopia de seguimiento. Esta colonoscopia posterior también estará cubierta como un servicio preventivo sin cargo.

Para las pruebas realizadas con fines de diagnóstico después de un hallazgo de una prueba realizada con fines preventivos, se aplicará el copago estándar para la prueba de diagnóstico.

#### Exclusiones

- Los miembros solo recibirán exámenes relacionados con sus necesidades médicas. Por ejemplo, un examen físico realizado exclusivamente por deseo de los padres del miembro no estará cubierto.
- Inmunizaciones necesarias para viajar.
- Pruebas recetadas por un proveedor que no forma parte de la red de proveedores de L.A. Care.

### 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 ambulatorio

### Prótesis y dispositivos 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, implantes de seno, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera, si se implantan durante una cirugía que cubramos conforme a otra subsección de esta sección.

#### *Dispositivos externos*

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

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

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

#### ***Exclusiones de dispositivos protésicos y ortopédicos***

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

## **Cirugía reconstructiva**

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.
- Cirugía reconstructiva de conformidad con la sección 1374.72 del Código de Salud y Seguridad. Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el miembro, de acuerdo con el estándar de atención practicado por médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en la atención solicitada.
- Después de la extirpación total o parcial médicamente necesaria de un seno, cubrimos la reconstrucción del seno, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico, así como el tratamiento de las complicaciones físicas, como los linfedemas.

Los servicios cubiertos adicionales de cirugía reconstructiva incluyen:

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

#### ***Servicios no cubiertos bajo esta sección de “Cirugía reconstructiva”***

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

- servicios dentales y de ortodoncia que son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino (consulte “*Servicios dentales y de ortodoncia*”)

- diagnóstico por imágenes y laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “*Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico para pacientes ambulatorios*”)
- medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “*Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios*”)
- prótesis y aparatos ortopédicos (consulte “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*”)
- cirugía estética (es decir, una cirugía realizada para alterar o reformar estructuras normales del cuerpo)

## 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 alimentación
- 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
- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- terapia respiratoria

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

- diagnóstico por imágenes y laboratorio ambulatorios

## Servicios para trastornos por consumo de sustancias

Brindamos cobertura para el tratamiento médicamente necesario de los trastornos por consumo de sustancias. Consulte la definición de tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias. Para más información, consulte la sección de Servicios para los trastornos de la conducta de la Evidencia de Cobertura.

## Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y de otros tipos

- La fisioterapia es aquella que utiliza ejercicios para mejorar y mantener la capacidad del paciente de desenvolverse 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.

## Servicios para transgéneros

Para la disforia de género, L.A. Care cubre todos los beneficios de atención médica identificados en la edición más reciente de los Estándares de Atención desarrollados por la World Professional Association for Transgender Health.

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

- evaluaciones psicológicas para determinar la preparación para la cirugía o los procedimientos
- terapia de reemplazo hormonal (*Hormone Replacement Therapy, HRT*)
- pruebas de laboratorio para monitorear la terapia hormonal
- cirugías y procedimientos de reafirmación de género

## 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 miembros o no) 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 (CCS)

Los niños que necesiten atención médica especializada posiblemente sean elegibles para el Programa de Servicios para los Niños de California (*California Children's Services, CCS*). El CCS es un programa médico de California que brinda tratamiento a niños que tienen determinadas condiciones físicas y necesitan atención médica especializada. Este programa está disponible para todos los niños de California cuyas familias reúnen determinados requisitos de elegibilidad médicos, financieros y residenciales. Los servicios proporcionados a través del programa CCS están coordinados por la oficina local del CCS del condado.

Si el PCP de un miembro sospecha o identifica la existencia de un problema de salud que posiblemente cumpla con los requisitos para que el miembro participe en el CCS, puede referir al miembro al programa CCS local del condado. El programa CCS (local o de la Oficina regional del CCS) determinará si la condición del miembro reúne los requisitos para recibir los servicios del CCS. Si se determina que un miembro de L.A. Care Covered™ es elegible para recibir los servicios del CCS, seguirá inscrito en el producto Plan de Salud Calificado (QHP). El miembro será referido y debería recibir tratamiento para la condición elegible para el CCS a través de la red especializada de proveedores del CCS o los centros especializados aprobados por el CCS. Estos proveedores y centros especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones que cumplen con los requisitos de dicho programa. L.A. Care seguirá proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventiva que no estén relacionados con las condiciones elegibles para el CCS, según lo descrito en este documento. L.A. Care también trabajará en forma conjunta con el programa CCS para coordinar la atención médica proporcionada por el programa CCS y el plan.

L.A. Care seguirá brindando todos los demás servicios médicos no relacionados con el diagnóstico del CCS.

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

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

## Exclusiones y limitaciones

### Exclusiones

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

- aparatos para la sordera para adultos
- servicios dentales de rutina para adultos
- inseminación artificial y concepción por medios artificiales

Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (*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*).

El Programa de cobertura de audífonos para niños (*Hearing Aid Coverage for Children Program, HACCP*) ofrece cobertura de audífonos financiada por el estado a los niños y jóvenes de 0 a 20 años que cumplan los requisitos. Las consultas y solicitudes se pueden encontrar en **[www.dhcs.ca.gov/HACCP](http://www.dhcs.ca.gov/HACCP)**.

### Servicios de biorretroalimentación

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

### Determinados exámenes y servicios

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

**Servicios estéticos**

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

- Servicios cubiertos conforme a la “*Cirugía reconstructiva*” de la sección “*Beneficios del plan*”.
- Los siguientes dispositivos cubiertos conforme a los “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*” de la sección “*Beneficios del plan*”: implantes testiculares implantados como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía y prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro.
- Cosméticos proporcionados cuando son médicamente necesarios para el tratamiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

**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) a menos que sea médicamente necesaria para el tratamiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. Esta exclusión no se aplica a la asistencia con las actividades de la vida cotidiana que se proporcione como parte de cuidados paliativos cubiertos, servicios cubiertos de un hospital de enfermería o atención hospitalaria cubierta para pacientes hospitalizados.

**Servicios dentales y de ortodoncia**

Servicios dentales y de ortodoncia, tales como radiografías, aparatos, implantes, servicios proporcionados por dentistas u 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 subsección “*Servicios dentales y de ortodoncia*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

**Suministros desechables**

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendas, gaza, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes, vendas elásticas tipo Ace y pañales, protectores y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos conforme a las subsecciones “*Equipo médico duradero*”, “*Servicios de salud en el hogar*”, “*Cuidados paliativos*”, “*Suministros de urología y ostomía*” y “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

**Tratamientos para la pérdida o el crecimiento del cabello**

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

**Servicios para la infertilidad**

Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, con la excepción del tratamiento para los servicios de preservación de la fertilidad médicamente necesarios relacionados con la infertilidad iatrogénica (es decir, infertilidad causada por un tratamiento médico, como cirugía, quimioterapia o radiación).

**Artículos y servicios que no sean artículos y servicios para la atención médica**

Por ejemplo, no cubrimos:

- la enseñanza de modales y etiqueta
- los servicios de capacitación y apoyo para desarrollar aptitudes de planificación, como la planificación de las actividades cotidianas y la planificación de proyectos o tareas

- los artículos y servicios para aumentar el conocimiento académico o las aptitudes académicas
- los servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- los servicios de consejeros o tutores académicos para desarrollar aptitudes en el ámbito de la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo
- los servicios para enseñarle a leer, tenga dislexia o no
- las pruebas educativas
- la enseñanza de arte, danza, equitación, música, juegos o natación
- la capacitación para desarrollar aptitudes para obtener un empleo o con fines vocacionales
- la capacitación vocacional o la enseñanza de aptitudes vocacionales
- cursos de crecimiento profesional
- capacitación para una trabajo específico o asesoría laboral

### **Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo**

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

### **Beneficios de atención médica a largo plazo**

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

### **Servicios de atención médica que no sean médicamente necesarios**

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

### **Nutrición oral**

Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos dietéticos, suplementos a base de hierbas, ayudas para adelgazar, fórmulas y alimentos, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de trastornos de salud mental o el consumo de sustancias.

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- productos con aminoácidos modificados y fórmula de nutrición enteral elemental cubiertos conforme a la subsección “Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios” de la sección de “Beneficios del plan”
- fórmula enteral cubierta conforme a la subsección “Dispositivos protésicos y ortopédicos” de la sección de “Beneficios del plan”

### **Otro seguro**

Servicios cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de atención médica. L.A. Care proporcionará los servicios cuando sea necesario. (Consulte la sección “Coordinación de beneficios” para obtener detalles).

### **Atención médica residencial**

Atención médica en un establecimiento en el que se quede durante la noche, con la excepción de que esta exclusión no se aplica cuando la permanencia durante la noche sea parte de la atención médica cubierta en un hospital, un hospital de enfermería, un establecimiento de atención de relevo para pacientes hospitalizados cubierto conforme a la sección “Cuidados paliativos”, o un establecimiento con licencia que proporcione servicios residenciales cubiertos conforme a la subsección “Hospitalización psiquiátrica o programas de tratamiento psiquiátrico intensivo” de la sección “Servicios de salud mental”.

### **Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies**

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

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

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

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

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

### **Servicios proporcionados por personas sin licencia**

Servicios que son proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesitan licencias o certificados otorgados por el estado para brindar servicios de atención médica, y cuando la afección del miembro no requiera que los servicios sean proporcionados por un proveedor de atención médica acreditado. Esta exclusión no se aplica a los servicios de trastorno de salud mental o por consumo de sustancias proporcionados por una persona sin licencia que cumple con la definición de asistente psicológico, trabajador social clínico asociado, psicólogo registrado, interno psicológico, aprendiz u otra persona sin licencia calificada por la ley estatal para brindar los servicios.

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

#### **Servicios relacionados con un servicio no cubierto**

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

### **Alquiler de vientre**

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

### **Limitaciones**

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

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

# Información general

## Participación en el programa de beneficios

L.A. Care aplicará el contrato del plan de salud y este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* para determinar sus beneficios. L.A. Care servirá a los mejores intereses de todas las personas elegibles para recibir beneficios.

## Notificaciones

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

*Para envíos a L.A. Care:*

L.A. Care Health Plan

Attention: Director of Customer Solution Center 1200 W. 7th Street, Los Angeles, CA 90017

*Para envíos a un miembro:*

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

Toda notificación enviada por correo registrado o certificado, con solicitud de acuse de recibo, se considerará entregada en la fecha de entrega que figure en la tarjeta de recepción, o si no figura ninguna fecha de entrega, en la fecha que figure en el sello. Si se envía por correo regular, la notificación se considerará entregada 48 horas después de que la notificación se confeccione y envíe con los gastos de envío pagados. Las notificaciones enviadas por correo urgente del Servicio Postal de los Estados Unidos o correo en 24 horas que garantice la entrega el día siguiente se considerarán entregadas 24 horas después de la entrega de la notificación al Servicio Postal de los Estados Unidos o a la empresa de correo.

## 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, a los proveedores se les premia por brindar atención médica de calidad a los miembros de L.A. Care. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**.

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

## 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 811610

Los Angeles, CA 90081

Puede llamar a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva)**. Esta llamada es gratuita.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711 si tiene sordera o deficiencia auditiva). 79

## **Contratistas independientes**

Los médicos, PPG, hospitales y otros proveedores de atención médica de L.A. Care no son agentes ni empleados de L.A. Care. En cambio, son contratistas independientes. Si bien L.A. Care acredita regularmente a los médicos que brindan servicios a los miembros, L.A. Care no brinda 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 llamar gratuitamente al DMHC al **1.888.466.2219**.

## **Coordinación de beneficios**

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

- otros beneficios médicos (como el Programa de Servicios para los Niños de California [*California Children's Services, CCS*]),
- otro contrato, u
- otro programa gubernamental.

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

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

## **Responsabilidad de terceros**

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

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

Como miembro, usted también se compromete a ayudar a L.A. Care a recuperar el pago de los servicios prestados. 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 una entidad pública que gestiona planes de asistencia médica, incluido L.A. Care Covered™, y está dirigida por una Mesa Directiva. La Mesa Directiva de L.A. Care se reúne mensualmente. L.A. Care le 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 1369)

## **Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC)**

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

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

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

## Aviso de prácticas de información

La Ley de Protección de la Privacidad e Información de Seguros establece que “L.A. Care puede recopilar información personal de personas que no sean las personas que solicitan la cobertura de seguro”. L.A. Care no divulgará información personal sin contar con un consentimiento por escrito a menos que sea permitido o requerido por la ley. Si solicitó cobertura de seguro a través de L.A. Care, puede tener acceso a su información personal recopilada a través del proceso de solicitud.

## Ley aplicable

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

## Nuevas tecnologías

L.A. Care sigue los cambios y los avances en la atención médica. Estudiamos los tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos nuevos. A todo esto le llamamos “tecnologías nuevas”. Revisamos los informes científicos, así como la información del gobierno y de los especialistas médicos. Entonces decidimos si cubrimos las tecnologías nuevas. Los miembros y los proveedores pueden pedirle a L.A. Care que revise una tecnología nueva.

## Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones

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

## Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

Usted 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 el miembro 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 el miembro 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*.

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

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

**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.

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

**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.

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

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

**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(a) del cual es responsable. Los hijos se denominan dependientes inscritos.

**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™.

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

**Trastorno del espectro autista (TEA)** es un trastorno de la conducta caracterizado por

- Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos.
- Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.
- Los síntomas están presentes en las primeras etapas del desarrollo.
- Los síntomas que provocan un impacto clínicamente significativo en el aspecto social, ocupacional y en otras áreas del funcionamiento.
- Trastornos que no se explican mejor por discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo.

Consulte la definición completa del TEA en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM-5).

**Servicios para los trastornos de la conducta** es un término global que se refiere al tratamiento de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias de conformidad con 1374.72, incluyendo pero no limitado a los servicios de crisis de salud de la conducta que se proporcionan a un miembro por un centro 988, equipo móvil de crisis, u otro proveedor de servicios para casos de crisis de trastornos de la conducta.

**Tratamiento para los trastornos de la conducta** se refiere a los servicios profesionales y a los programas de tratamiento recetados por un médico o cirujano, o desarrollados por un psicólogo con licencia, y brindados en el marco de un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios de autismo calificado, y administrado por un proveedor, profesional o paraprofesional de servicios de autismo calificado, incluidos los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención en el comportamiento basada en evidencias, que desarrollen o recuperen, en la máxima medida posible, el funcionamiento de una persona que sufre un trastorno del espectro autista. El plan de tratamiento debe tener metas mensurables desarrolladas y aprobadas por el proveedor de servicios de autismo calificado (*Qualified Autism Service, QAS*) que se revisa cada seis meses y se modifica cada vez que sea apropiado. El plan de tratamiento no se usa para ofrecer servicios de relevo, guardería o servicios educativos o para reembolsar a un padre por la participación en el tratamiento.

**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.

**Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título 6)** es una ley que protege a los miembros que tienen un conocimiento limitado del idioma inglés y les exige a los proveedores de atención médica que reciben dinero del gobierno federal que ofrezcan servicios de idiomas que incluyan interpretación y traducciones. Para obtener más información, llame a la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al **1.800.368.1019** (voz) o **1.800.537.7697** (TTY/TDD si tiene sordera o deficiencia auditiva).

**Estudio clínico** es un estudio de investigación relacionado con la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección que ponga en peligro la vida que incluye un estudio clínico financiado, entre otros, por una entidad de investigación no gubernamental calificada.

**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.

**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.

**Monitor continuo de glucosa** es un dispositivo que se utiliza para controlar la glucosa en sangre de forma continua mediante un electrodo implantado debajo de la piel y se mantiene en su lugar por un adhesivo. Un transmisor conectado al electrodo envía datos a un receptor separado.

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

**Copago** es el monto que un miembro debe pagar por determinados servicios cubiertos después de alcanzar cualquier deducible aplicable.

**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 amerindios o nativos de Alaska inscritos en un plan a través de Covered California™.

**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™ celebró contratos selectivos con planes de salud para proporcionar al miembro en el Intercambio opciones de cobertura de atención médica orientadas a brindar la combinación óptima de variedad, valor, acceso, calidad y servicio.

**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™.

**Credencial** es un certificado que muestra que una persona está acreditada a tratar a un miembro.

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

**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. El monto 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.

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

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

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

**Discapacidad** es una condición física o mental que limita total o sustancialmente la capacidad de realizar una o más de las actividades importantes de la vida.

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

**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.

**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.

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

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

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

**Dependiente inscrito** es un integrante de la familia del miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad aplicables establecidos por Covered California™ para la cobertura e inscripción de un dependiente.

**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.

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

**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™.

**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.

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

**Prima familiar** es el pago mensual por familia.

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

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

**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.

**Generalmente aceptado desde el punto de vista médico** es un término que se utiliza para las pruebas o tratamientos que suelen emplear los médicos para el tratamiento de una enfermedad o diagnóstico concretos.

**Queja** es el término utilizado cuando no está satisfecho con el servicio de atención médica que recibe o con la denegación del servicio o el tratamiento que solicitó por parte del plan de salud. La queja puede ser administrativa o clínica. Usted puede presentarla por teléfono o por escrito.

**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 afección 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.

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

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

**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.

**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.

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

**Infertilidad iatrogénica** es la infertilidad causada directa o indirectamente por cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico.

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

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

**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.

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

**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.

**Intérprete** es un profesional capacitado que expresa de manera precisa e imparcial un mensaje hablado o por señas de un idioma a otro, y que se rige por un código de ética profesional.

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

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

**L.A. Care** es una entidad pública que gestiona planes de asistencia médica, incluido L.A. Care Covered™, y está dirigida por una Mesa Directiva.

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

**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.

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

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

**Grupo médico** es un grupo de médicos integrado por su médico o PCP. Vea también el término “Grupo de proveedores participantes”.

**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.

**Tratamiento médicamente necesario del trastorno de salud mental o por consumo de sustancias** significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente, con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluida la minimización de la progresión de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, de una manera que sea todo lo siguiente:

- (i) De acuerdo con los estándares generalmente aceptados de atención de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.
- (ii) Clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración.
- (iii) No principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores o para la conveniencia del paciente, médico tratante u otro proveedor de atención médica.

(Consulte la sección 1374.72 (a)(3)(A) del Código de Salud y Seguridad) de California.

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

**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.

**Trastornos de salud mental** son enfermedades mentales que entran dentro de cualquiera de las categorías diagnósticas enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que figuran en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

**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.

**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.

**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.

**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.

**Oficina de Derechos Civiles** 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 desde el 1.º de noviembre hasta el 31 de enero del año siguiente, durante el cual las personas aseguradas y sus dependientes inscritos pueden realizar cambios en la cobertura del seguro médico.

**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 % del monto permitido por los servicios cubiertos. Todo monto que pague por servicios cubiertos sujetos al deducible se aplicará al límite anual de gastos de bolsillo. Los copagos y coseguros que cuentan para el límite se detallan en la sección “Pagos que cuentan para el máximo”.

**Dispositivo 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.

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

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

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

**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.

**Grupo de proveedores participantes** es un grupo de médicos integrado por su médico o PCP. Vea también el término “Grupo médico”.

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

**Farmacia** es una tienda de medicamentos minorista con licencia. Es un lugar donde puede surtir sus recetas.

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

**Fisioterapia** 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 para desenvolverse después de una enfermedad o lesión.

**Médico** es un doctor en medicina.

**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™.

**Prima** es una cuota mensual que un miembro debe pagarle a L.A. Care por la cobertura médica.

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

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

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

**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

**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.

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

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

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

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

**Cirugía reconstructiva** repara partes anormales del cuerpo, mejora la función corporal o restablece un aspecto normal.

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

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

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

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

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

**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.

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

**Trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED)** es una afección 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*, 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.

**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™.

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

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

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

**Terapia del habla** es el tratamiento proporcionado por un profesional acreditado para tratar problemas del habla. Esta definición no pretende limitar, reemplazar o excluir los servicios proporcionados como parte de un plan de tratamiento para los trastornos de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificado o un paraprofesional de servicios de autismo calificado para el tratamiento de trastorno del espectro autista.

**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.

**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.

**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.

**Los trastornos por consumo de sustancias (*Substance Use Disorder, SUD*)** son trastornos por consumo de sustancias que entran dentro de cualquiera de las categorías diagnósticas enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que figuran en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

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

**Terceros** incluye compañías de seguro, personas o agencias gubernamentales.

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

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

**Tiempo de espera para las pruebas de detección o triaje** 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.

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

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

**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 afección 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

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

**Dificultades visuales** se refiere a cuando la capacidad visual es reducida.

# Números de teléfono importantes

## Programas y servicios para niños

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

## Covered California™

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

## Servicios para las personas

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

## Servicios de L.A. Care Health Plan

|                                                                                 |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Servicios del plan de salud 1-888-4LA-CARE                                      | 1-888-452-2273 |
| Inscripción en L.A. Care Covered™                                               | 1-855-222-4239 |
| Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™                               | 1-855-270-2327 |
| Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ TTY                           | 711            |
| Autorizaciones                                                                  | 1-877-431-2273 |
| Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta de Carelon         | 1-877-344-2858 |
| Línea Directa del Cuidado para los Trastornos de la Conducta de Carelon TTY/TDD | 1-800-735-2929 |
| Línea de Ayuda de Cumplimiento                                                  | 1-800-400-4889 |
| Línea de Enfermería                                                             | 1-800-249-3619 |
| Farmacia                                                                        | 1-855-270-2327 |
| Vision Plan (VSP)                                                               | 1-800-877-7195 |
| Vision Plan (VSP) TTY/TDD                                                       | 1-800-428-4833 |
| Liberty Dental                                                                  | 1-888-700-5243 |
| Liberty Dental TTY/TDD                                                          | 1-877-855-8039 |

## Servicios del condado de Los Ángeles

|                                                                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Departamento de Servicios de Salud Pública                                                                    | 1-213-250-8055 |
| Departamento de Salud Mental                                                                                  | 1-800-854-7771 |
| Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños<br>( <i>Women, Infant and Children, WIC</i> ) | 1-888-942-9675 |

## Servicios del estado de California

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





## **PLAN DE BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS ESENCIALES INDIVIDUALES DE CALIFORNIA DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC) Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN**

**L.A. Care Covered y L.A. Care Covered Direct es su Plan de Salud Calificado (QHP). L.A. Care Covered** organiza su cobertura de **Beneficio dental pediátrico esencial** proporcionada por LIBERTY Dental Plan of California.

**Disponibilidad de asistencia de idiomas:** Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039]. Asegúrese de avisarle a su dentista de atención primaria o dentista especializado sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

### **Español**

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta noticia escrita en su propio idioma sin costo alguno. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

En lo sucesivo en este documento, LIBERTY Dental Plan of California, Inc. se denominará "LIBERTY" o "el Plan." L.A. Care Covered Plan se le conoce como "LACC."

**Este DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos. Una copia del contrato del plan dental está disponible a solicitud.**

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y DENTALES ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ A SOLICITUD SIN COSTO ALGUNO.

La **Sección I** de este documento contiene una Lista de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de los beneficios de su plan dental.

La **Sección II** de este documento contiene definiciones de los términos utilizados en este documento.

# ÍNDICE

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. INFORMACIÓN GENERAL.....</b>                                                       | <b>5</b>  |
| A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL.....                                              | 7         |
| B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY.....                                                         | 7         |
| C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY.....                                                      | 7         |
| D. RED DE LIBERTY.....                                                                   | 7         |
| E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD).....                                           | 8         |
| F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN.....                                             | 8         |
| G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE.....                                  | 8         |
| I. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y ESTIMACIONES PREVIAS.....                             | 9         |
| J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....                                                           | 10        |
| K. ATENCIÓN DE URGENCIA.....                                                             | 10        |
| L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY.....                       | 10        |
| M. COSTOS.....                                                                           | 10        |
| N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN.....                    | 11        |
| <b>II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO.....</b>                        | <b>11</b> |
| <b>III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO.....</b> | <b>14</b> |
| A. CONSULTORIOS DENTALES.....                                                            | 15        |
| B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL.....                                                        | 15        |
| C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES.....                                                          | 15        |
| D. TELEODONTOLOGÍA.....                                                                  | 16        |
| E. ATENCIÓN DE URGENCIA.....                                                             | 17        |
| F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA.....                                                    | 18        |
| G. SEGUNDA OPINIÓN.....                                                                  | 19        |
| H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO.....                                           | 20        |
| I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS.....                                                        | 21        |
| J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.....                                                       | 22        |
| <b>IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA.....</b>                                      | <b>22</b> |
| A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO.....                                                      | 22        |
| B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS.....                                           | 22        |
| C. OTROS CARGOS.....                                                                     | 23        |
| D. RESPONSABILIDAD DE PAGO.....                                                          | 23        |
| E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES.....                                                         | 24        |
| <b>V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....</b>                                                | <b>25</b> |
| A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE.....                                                          | 25        |
| B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS.....                                        | 25        |
| <b>VI. SERVICIOS CUBIERTOS.....</b>                                                      | <b>25</b> |
| A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO.....                                                | 25        |
| B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS.....                                                   | 26        |
| C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN.....                                               | 26        |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

|              |                                                                  |           |
|--------------|------------------------------------------------------------------|-----------|
| D.           | SERVICIOS DE ENDODONCIA .....                                    | 26        |
| E.           | SERVICIOS PERIODONTALES .....                                    | 26        |
| F.           | SERVICIOS DE PROSTODONCIA .....                                  | 26        |
| G.           | SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL .....                                  | 26        |
| H.           | SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS .....                         | 26        |
| I.           | SERVICIOS DE ORTODONCIA .....                                    | 26        |
| <b>VII.</b>  | <b>LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES.....</b> | <b>27</b> |
| A.           | EXCLUSIONES GENERALES.....                                       | 27        |
| B.           | CITAS PERDIDAS .....                                             | 27        |
| <b>VIII.</b> | <b>TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.....</b> | <b>28</b> |
| A.           | CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS .....                              | 28        |
| B.           | FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN .....                           | 30        |
| C.           | DESAFILIACIÓN .....                                              | 30        |
| D.           | RESCISIÓN .....                                                  | 30        |
| <b>IX.</b>   | <b>RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA.....</b>         | <b>30</b> |
| <b>X.</b>    | <b>PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES .....</b>     | <b>31</b> |
| A.           | PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL .....                                 | 32        |
| B.           | QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS) .....        | 33        |
| C.           | SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN: .....                      | 34        |
| D.           | MEDIACIÓN .....                                                  | 35        |
| E.           | REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR) .....                        | 35        |
| F.           | ARBITRAJE .....                                                  | 36        |
| <b>XI.</b>   | <b>OTRAS DISPOSICIONES .....</b>                                 | <b>37</b> |
| A.           | COORDINACIÓN DE BENEFICIOS .....                                 | 37        |
| B.           | RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....                                 | 37        |
| C.           | COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA .....                                 | 37        |
| D.           | COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.....                               | 38        |
| E.           | NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN .....                          | 39        |
| F.           | DERECHOS DEL MIEMBRO .....                                       | 41        |
| G.           | RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO .....                              | 41        |
| H.           | PRESENTACIÓN DE RECLAMOS.....                                    | 42        |
| I.           | DONACIÓN DE ÓRGANOS .....                                        | 42        |
| J.           | SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES .....                 | 42        |
| <b>XII.</b>  | <b>PLAN DE CUMPLIMIENTO .....</b>                                | <b>43</b> |
| A.           | OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO .....                          | 43        |
| B.           | DEFINICIONES.....                                                | 43        |
| C.           | POLÍTICA .....                                                   | 44        |
| D.           | REPORTE DE POSIBLES FRAUDES.....                                 | 44        |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

## **Comunicaciones confidenciales**

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios
- Un Aviso de Explicación de Beneficios
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de LIBERTY para cualquiera de los servicios enumerados anteriormente, llame al Departamento de Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- Por fax al: [(877) 831-6019]
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [888-703-6999]
- Por TDD/TTY: [877-855-8039]

## I. INFORMACIÓN GENERAL

ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. EL DOCUMENTO COMBINADO DE EOC Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, DEBEN REVISARSE PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES.

| Matriz de beneficios de LIBERTY Dental Plan Children's Dental HMO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Plan de copago                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| <b>(A) Deducibles</b>                                             | Ninguno. Solo plan de cobertura mínima: el deducible del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el deducible de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el deducible integrado, es posible que deba realizar un copago por cada procedimiento, tal como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos. El deducible integrado no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| <b>(B) Límites máximo de por vida</b>                             | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| <b>(C) Máximo gasto de bolsillo</b>                               | El máximo gasto de bolsillo del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el máximo gasto de bolsillo de su plan médico. Una vez que sus Gastos de Bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo integrado, todos los procedimientos dentales cubiertos adicionales serán pagados por LIBERTY. Los cargos por servicios materiales opcionales, no cubiertos o actualizados no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo integrado. Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| <b>(D) Servicios profesionales</b>                                | <p>A un Afiliado se le puede requerir que realice un Copago por cada procedimiento, como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos, sujetos a las Limitaciones y Exclusiones.</p> <p>Los Copagos varían según la categoría del servicio. Estos son algunos ejemplos:</p> <table> <tr> <td>Servicios de diagnóstico .....</td><td>Sin costo</td></tr> <tr> <td>Servicios preventivos.....</td><td>Sin costo</td></tr> <tr> <td>Servicios de restauración .....</td><td>Sin costo - \$300.00</td></tr> <tr> <td>Servicios de endodoncia .....</td><td>Sin costo - \$350.00</td></tr> <tr> <td>Servicios periodónticos.....</td><td>Sin costo - \$350.00</td></tr> <tr> <td>Servicios de prostodoncia.....</td><td>Sin costo - \$350.00</td></tr> <tr> <td>Servicios de implantes .....</td><td>Sin costo - \$350.00</td></tr> <tr> <td>Cirugía oral y maxilofacial .....</td><td>Sin costo - \$350.00</td></tr> </table> | Servicios de diagnóstico ..... | Sin costo | Servicios preventivos..... | Sin costo | Servicios de restauración ..... | Sin costo - \$300.00 | Servicios de endodoncia ..... | Sin costo - \$350.00 | Servicios periodónticos..... | Sin costo - \$350.00 | Servicios de prostodoncia..... | Sin costo - \$350.00 | Servicios de implantes ..... | Sin costo - \$350.00 | Cirugía oral y maxilofacial ..... | Sin costo - \$350.00 |
| Servicios de diagnóstico .....                                    | Sin costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios preventivos.....                                        | Sin costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios de restauración .....                                   | Sin costo - \$300.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios de endodoncia .....                                     | Sin costo - \$350.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios periodónticos.....                                      | Sin costo - \$350.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios de prostodoncia.....                                    | Sin costo - \$350.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Servicios de implantes .....                                      | Sin costo - \$350.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |
| Cirugía oral y maxilofacial .....                                 | Sin costo - \$350.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |           |                            |           |                                 |                      |                               |                      |                              |                      |                                |                      |                              |                      |                                   |                      |

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

|                                                |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | Servicios de ortodoncia.....Sin costo - \$1,000.00                                                              |
| <b>(E) Servicios ambulatorios</b>              | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(F) Servicios de hospitalización</b>        | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(G) Cobertura dental de emergencia</b>      | El miembro puede recibir un beneficio máximo de hasta \$75 por año para servicios de emergencia fuera del área. |
| <b>(H) Servicios de ambulancia</b>             | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(I) Servicios de medicamentos recetados</b> | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(J) Equipo médico duradero</b>              | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(K) Servicios de salud mental</b>           | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(L) Servicios de dependencia química</b>    | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(M) Servicios de salud a domicilio</b>      | Sin cobertura                                                                                                   |
| <b>(N) Otro</b>                                | Sin cobertura                                                                                                   |

Cada categoría y procedimiento dental individual mencionado anteriormente, que está cubierto por el programa, tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios [(Anexo I)] de esta Evidencia de Cobertura combinada.

Una copia de su Evidencia de Cobertura (EOC) combinada estará disponible anualmente o previa solicitud e incluirá cualquier cambio sobre sus beneficios dentales o las políticas públicas de los afiliados de LIBERTY.

**[Cuando se requiera, la Lista de Beneficios se adjunta como Anexo 1.]**

## RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

### A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL

Este manual es su Evidencia de Cobertura (EOC). Explica qué servicios LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios, que enumera los servicios dentales, los copagos y otras cuotas. Esta EOC representa los beneficios cubiertos de Children's Dental HMO como parte de su Plan de Salud, según lo dispuesto por L.A. Care Covered. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

### B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con nosotros en línea, enviándonos un correo o llamándonos. También puede descargar nuestra aplicación móvil LIBERTY Dental en su Smartphone.

El Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días hábiles normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita 711 de Servicio de Retransmisión de California para comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada.

| Información de contacto importante de LIBERTY                    |                                                                                               |                                                                                                      |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Horario:</b><br>Lunes a viernes<br>8:00 a. m. a 5:00 p.<br>m. | <b>Sitio web:</b><br><a href="http://www.libertydentalplan.com">www.libertydentalplan.com</a> | <b>Dirección postal:</b><br>LIBERTY Dental<br>Plan, P.O. Box<br>26110, Santa Ana,<br>CA, 92799-6110. | <b>Departamento de<br/>Servicios para<br/>Miembros:</b><br>866-544-2981<br>TTY: 877-855-8039 |

### C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

LIBERTY tiene un área de servicio que es el estado de California. Esta es el área donde LIBERTY ofrece cobertura dental. Debe vivir, trabajar y recibir todos los servicios dentales en California, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda fuera de California, debe informar a LIBERTY. **El Área de Servicio del plan de beneficios dentales de [HEALTH PLAN NAME] es la Región 17 de Covered California, los condados de Riverside y San Bernardino.**

### D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y dentistas especializados que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Para usar sus beneficios, los servicios cubiertos deben ser realizados por su dentista de atención primaria (PCD) u otros proveedores de la red. Para obtener una copia de su Directorio de proveedores de LIBERTY, visite nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), o puede descargar y usar nuestra aplicación móvil en su Smartphone, o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Si acude a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de LIBERTY o en caso requiera atención de emergencia/urgencia. Si usted es un miembro nuevo de LIBERTY, o si finaliza el contrato de su PCD, es posible que pueda continuar viendo a su dentista actual. A esto se le llama *continuidad de la atención*.

#### **E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD)**

Cuando se une a LIBERTY, no necesita elegir a un Dentista de Atención Primaria (PCD). Generalmente, un PCD es un dentista general que proporciona atención básica y coordina la atención que usted necesita de otros proveedores de especialidades dentales. Usted puede acceder a los servicios de cualquier dentista general contratado en la red.

#### **F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN**

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a otros idiomas. Si el inglés no es su lengua materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de algunos materiales escritos en su idioma preferido sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx> o llamando al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Asegúrese de informar a su PCD o dentista especializado sobre sus necesidades de idioma preferidas en su primera consulta dental. LIBERTY brinda servicios de asistencia del idioma para todas sus citas dentales. Si su PCD, dentista especializado, o el personal del consultorio dental, no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, LIBERTY puede ofrecerle los servicios de interpretación, sin costo alguno.

LIBERTY pone a su disposición servicios de interpretación certificada sin costo alguno y no recomienda utilizar familiares, menores o amigos para que lo ayuden. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible a la hora de su cita, pero no menos de setenta y dos (72) horas desde la hora de su cita. Si tiene una cita de atención de emergencia/urgencia, LIBERTY puede brindarle servicios de interpretación por teléfono para ayudarlo a hablar con el personal del consultorio en su idioma preferido.

#### **G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE**

Primero, llame a su PCD para recibir toda su atención, a menos que tenga una emergencia médica. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un dentista especializado que no sea su PCD. La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. Su dentista y LIBERTY siguen pautas, criterios y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria para su salud. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si un servicio es médicamente necesario para su salud, puede solicitar una reconsideración (una apelación), presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

Los servicios dentales cubiertos también se denominan beneficios y deben ser un servicio que LIBERTY cubra. Su Lista de Beneficios le mostrará qué servicios cubre LIBERTY bajo su plan dental. Su Lista de Beneficios se proporciona con este documento al comienzo de su plan, está disponible en cualquier momento en el sitio web de LIBERTY en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), a través de nuestra aplicación móvil para su Smartphone, o previa solicitud a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

## H. PROGRAMACIÓN DE CITAS

La ley de California establece que usted tiene derecho a programar una cita dentro de un tiempo razonable según sus necesidades bucales. La siguiente tabla le muestra el tiempo de espera por cada tipo de cita para tratar su condición bucal. Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 866-544-2981/TTY: 1-877-855-8039 para obtener ayuda.

| Tipo de cita                                | Condición/Tipo de Servicios                 | Tiempo de espera de la cita                   |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Atención de emergencia                      | Dolor intenso, hinchazón, sangrado          | Las 24 horas del día, los 7 días de la semana |
| Atención de urgencia                        | Empaste roto/corona perdida                 | 72 horas                                      |
| Inicial                                     | Examen, radiografías                        | 36 días hábiles                               |
| Atención de rutina (No es una emergencia)   | Cuidados de restauración (empastes/coronas) | 36 días hábiles                               |
| Atención preventiva                         | Limpiezas                                   | 40 días hábiles                               |
| Dentista especializado                      | Cirujano oral, endodoncista, etc.           | 30 días calendario                            |
| Tiempo de espera en el consultorio          | Solo citas programadas                      | No exceder los 30 minutos                     |
| Tiempo de espera por teléfono               | Para contestar llamadas entrantes           | Dentro de los 30 segundos                     |
| Tiempo de espera para devolución de llamada | Devolución de llamadas de correos de voz    | Dentro de los 30 minutos                      |

## I. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y ESTIMACIONES PREVIAS

Su PCD debe enviar una solicitud de derivación especializada a LIBERTY para obtener una aprobación previa si necesita los servicios de un dentista especializado. La aprobación previa también se llama estimación previa. Asegúrese de que su PCD envíe una derivación especializada a LIBERTY y obtenga una aprobación previa. Una vez que reciba la aprobación para la consulta con el dentista especializado, este enviará un

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

presupuesto previo para cualquier servicio que considere necesario. Si no tiene una derivación especializada aprobada por LIBERTY antes de ver a un dentista especializado, tendrá que pagar todos los costos de los servicios que reciba.

**IMPORTANTE:** No necesita una derivación especializada ni una aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

## **J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

Una afección se considera una emergencia si tiene dolor intenso, hinchazón o sangrado. Una afección también se considera una emergencia, si tiene motivos razonables para pensar que su condición, sin tratamiento, podría causar que su salud o su cuerpo estén en grave peligro o provocar la muerte.

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Si necesita atención de emergencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY determina que los servicios no eran de naturaleza dental. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

## **K. ATENCIÓN DE URGENCIA**

Atención de urgencia es la atención necesaria para evitar que una afección bucal empeore debido a una enfermedad o lesión inesperada; esta no puede demorarse.

La Atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo y la cita debe programarse dentro de las 72 horas. Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

## **L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY**

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del área de servicio de LIBERTY.

## **M. COSTOS**

- La prima es lo que usted paga a su Plan de Salud Calificado (QHP) para mantener la cobertura. Las primas se pagan a L.A. Care Covered.
- Un copago es el monto que debe pagar a su PCD o a un dentista especializado por un procedimiento dental cubierto. LIBERTY paga por el resto de ese servicio cubierto.
- Su plan tiene un máximo gasto de bolsillo anual. El máximo gasto de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos o coseguros para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.
- Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo gasto de bolsillo.
- Para verificar su gasto máximo de bolsillo, visite nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone o llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY, gratis al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

## N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de quejas formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con el Plan, sus beneficios dentales, una determinación de reclamo, una determinación de estimación previa, su PCD, dentista especializado o cualquier parte de los beneficios de su plan dental.

Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja formal, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California. En algunos casos, el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada puede ayudarlo a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no son parte de su plan dental.

## II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO

Es importante que sepa las siguientes palabras utilizadas en este documento:

- **Apelación:** Una solicitud hecha a LIBERTY por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del Plan que demore, modifique o deniegue una estimación previa o un reclamo de servicios dentales.
- **Aplicable:** Tener un efecto sobre alguien o algo
- **Autorización:** Un aviso por escrito por parte de LIBERTY donde se apruebe la continuación del tratamiento solicitado.
- **Beneficios:** Servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por LIBERTY que están disponibles a través de este plan dental. También conocido como beneficios del plan dental.
- **Plan de Beneficios:** El producto dental de LIBERTY que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de la cobertura de su plan dental de LIBERTY.
- **Capitación:** Los prepagos realizados por LIBERTY a un dentista general de la red para proporcionar servicios a los miembros asignados.
- **Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios dentales propuestos o completados.
- **Consultas:** Una reunión con un dentista especializado para determinar la atención y un plan de tratamiento, según sea necesario.
- **Grupo dental, consultorio dental o proveedor contratado:** Un centro dental, un dentista general, un dentista especializado y el personal de un consultorio dental que tienen un

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

contrato firmado con LIBERTY para brindar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y los criterios clínicos del Plan. También conocido como dentro de la red.

- **Copago:** El monto que figura en la Lista de Beneficios que se le cobra a un miembro en el momento del servicio por los beneficios cubiertos del plan dental.
- **Servicios cubiertos:** El conjunto de procedimientos dentales que son beneficios de su plan dental de LIBERTY.
- **Expedientes Dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que esté inscrito activamente en LIBERTY. También conocido como afiliado, miembro o suscriptor.
- **Servicio Dental Disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada, ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada. También conocido como queja formal o apelación.
- **Pareja doméstica:** Cualquier persona cuya unión doméstica está actualmente registrada con un organismo gubernamental de conformidad con las leyes estatales o locales. Esto incluye tanto a parejas del mismo sexo como a parejas de sexos opuestos.
- **Atención de emergencia:** Una prueba, examen o evaluación dental por parte de un proveedor de LIBERTY para determinar si existe una condición dental de emergencia, y para brindar atención a fin de tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de las capacidades del consultorio y conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente.
- **Condición dental de emergencia:** Una condición dental que, si no se trata de inmediato, podría esperarse de manera razonable que cause un riesgo para la salud de la persona, ya sea dolor intenso o que afecte la habilidad para funcionar.
- **Endodoncista:** Un dentista especializado que trata específicamente enfermedades y lesiones en la pulpa y la raíz del diente. También conocido como especialista en conductos radiculares.
- **Inscrito:** LIBERTY considera que un afiliado significa lo mismo que un miembro, dependiente o suscriptor que está inscrito activamente en el Plan.
- **Beneficio Esencial de Salud (EHB):** Un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico y dental deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los planes deben incluir cobertura dental para niños. Los beneficios dentales para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar según los requisitos estatales.
- **Beneficio Dental Pediátrico Esencial (EPDB):** Se refiere a los planes requeridos por la Ley de Atención Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.
- **Exclusión:** Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental que no esté disponible en su plan dental de LIBERTY.
- **Explicación de Beneficios (EOB):** Una declaración por escrito de LIBERTY sobre un reclamo, que muestre lo que estaba cubierto por su plan dental, lo que pagó el Plan y lo que usted debe pagar.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un dentista especializado. También conocido como dentista de atención primaria.
- **Queja formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas Formales de esta EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos.
- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de LIBERTY.
- **Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la Red:** Los beneficios dentales disponibles para usted cuando recibe servicios de un dentista general o dentista especializado contratado por LIBERTY.
- **Limitaciones:** Se refiere al número de servicios permitidos, tipo de servicio permitido o el servicio dentalmente apropiado más asequible.
- **Necesidad médica o médicamente necesario:** Los servicios cubiertos que son necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, encías y estructuras de apoyo y que (a) se brindan de acuerdo con las prácticas o los estándares reconocidos profesionalmente; (b) se determinan que son consistentes con la condición dental; y (c) se trata del tipo, suministro y nivel de servicio más apropiado considerando los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos alternativos.
- **Miembro:** LIBERTY considera que un miembro significa lo mismo que un afiliado, suscriptor o dependiente que está inscrito activamente en LIBERTY.
- **Dentista general de la red:** Un dentista que ha firmado un contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y criterios de LIBERTY.
- **Proveedor no contratado:** Un dentista general o dentista especializado que no tenga contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a los miembros. También conocido como proveedor fuera de la red.
- **Servicio no cubierto:** Un procedimiento o servicio dental que no está cubierto bajo su plan dental.
- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cirugía oral:** Un dentista especializado que trata enfermedades, lesiones, deformidades, y apariencia de la boca, mandíbula y rostro.
- **Ortodoncista:** Un dentista especializado que trata problemas relacionados con la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del área de servicio de LIBERTY o lejos de su PCD. También conocida como cobertura fuera de la red.
- **Atención de urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del área de servicio o lejos de su PCD. También conocida como atención de urgencia fuera de la red.
- **Máximo gasto de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- **Dentista pediátrico:** Un dentista especializado que trata niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, brindando atención primaria y una variedad completa de tratamiento de atención preventiva.
- **Periodoncista:** Un dentista especializado que trata enfermedades de las encías y tejido alrededor de los dientes.
- **Plan:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc., también conocido como "LIBERTY".
- **Estimación previa:** Una solicitud realizada por un proveedor de LIBERTY para aprobar los servicios antes de que se realicen. También conocida como aprobación previa.
- **Prima:** La cantidad de dinero que usted o su empleador/grupo deben pagar mensualmente a LIBERTY por cobertura dental.
- **Dentista de atención primaria (PCD):** Un dentista general que proporciona servicios a los miembros de LIBERTY. El dentista de atención primaria es responsable de brindar o coordinar la atención especializada para los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista de atención primaria contratado, un grupo dental, una clínica dental o un dentista especializado que brinda beneficios y servicios del plan dental a los miembros de LIBERTY.
- **Derivación:** Una solicitud de su dentista de atención primaria para que lo remita a un dentista especializado para una evaluación y servicios según sea necesario.
- **Área de Servicio:** Los condados de California donde LIBERTY ofrece cobertura.
- **Lista de Beneficios:** Un documento que describe el tipo de procedimientos dentales cubiertos por su plan dental de LIBERTY, incluidos los copagos, los deducibles, el máximo gasto de bolsillo, las exclusiones y las limitaciones.
- **Dentista especializado:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana, y que ejerce como especialista. Las especialidades dentales incluyen endodoncistas, cirujanos orales, periodoncistas y dentistas pediátricos.
- **Suscriptor:** LIBERTY considera que un suscriptor significa lo mismo que un afiliado, miembro o dependiente que está inscrito activamente en LIBERTY.
- **Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o tratamiento solicitado.
- **Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un proveedor que ya no tiene contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a miembros del Plan.
- **Atención de urgencia:** La atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cuotas habituales:** Un cargo habitual del proveedor por un servicio, no cubierto por los beneficios de su plan dental.

### **III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO**

LIBERTY tiene contratos con dentistas generales y dentistas especializados para proporcionar servicios cubiertos por su plan. Para encontrar un dentista en su área, puede visitar nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), descargar la aplicación móvil LIBERTY en su Smartphone, o llamarnos de manera gratuita al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Todos los servicios y beneficios descritos en esta Evidencia de Cobertura (EOC) están cubiertos solo si los proporciona un dentista de atención primaria (PCD) o un dentista especializado contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se define bajo **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención de Urgencia”**.

## **A. CONSULTORIOS DENTALES**

LIBERTY pone a su disposición PCD y dentistas especializados en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo.

Puede encontrar un dentista en su área visitando nuestro sitio web, [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), descargando nuestra aplicación móvil en su Smartphone, o llamándonos de manera gratuita al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY que trabajan de manera privada en sus propios consultorios deben cumplir con los criterios de acreditación de LIBERTY antes de unirse a nuestra red. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasaron por una evaluación previa y pasan revisiones con regularidad.

LIBERTY realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua de contratos para confirmar el cumplimiento de la educación continua, la disponibilidad de citas para los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su PCD le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo derivaciones a un dentista especializado, si es necesario. Todos los miembros tendrán un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

## **B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL**

Para obtener más información sobre cómo usar sus beneficios dentales, visite el sitio web [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). El sitio web contiene más información útil sobre salud dental y oral para ayudarlo, incluida las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca saludables. Es importante saber que el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto en su salud general total. La información sobre cómo su salud oral puede afectar sus condiciones generales de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo, salud antes y después del embarazo, así como otras condiciones de salud, se puede encontrar en nuestro sitio web.

## **C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES**

**1. Dentista de atención primaria (PCD):** No tiene que elegir un PCD asignado. Puede acceder a la atención con cualquier PCD dentro de la red. Su PCD es responsable de coordinar cualquier servicio dental de atención especializada que pueda necesitar.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Debe obtener los servicios dentales generales de su PCD. Su PCD compartirá información con cualquier dentista especializado para coordinar su atención general.

Puede ubicar un proveedor contratado por LIBERTY ingresando en línea a nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), o descargar nuestra aplicación móvil en su Smartphone, o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Una vez que haya localizado a un proveedor contratado por LIBERTY, puede llamar al consultorio para programar una cita. El PCD se comunicará con LIBERTY para verificar su elegibilidad.

**2. Cambio de PCD:** Puede solicitar cambiar su PCD en cualquier momento. Puede usar nuestra aplicación dental móvil para encontrar un dentista y solicitar un cambio de consultorio. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de manera gratuita al 866-544-2981/TTY: 877-855-8039, durante el horario normal de oficina, o envíe una solicitud de cambio por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Si solicita cambiar su PCD, su nuevo consultorio dental puede entrar en vigencia el primer (1.º) día del mes en curso. Hay algunos consultorios dentales que requieren que los cambios de consultorios se realicen el primer (1.º) día del mes siguiente. Puede comunicarse con el consultorio del nuevo PCD para preguntar sobre su procedimiento o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

**3. Atención de un dentista especializado:** Puede obtener atención de un dentista especializado después de que su PCD envíe una derivación a LIBERTY para su aprobación. Solo puede recibir servicios de un dentista especializado que haya sido aprobado previamente para usted por LIBERTY. Su dentista especializado enviará una estimación previa de los servicios a LIBERTY para su revisión y determinación de los beneficios.

- Todos los servicios y beneficios descritos en esta EOC están cubiertos solo si los proporciona un PCD o dentista especializado contratado por LIBERTY. Los servicios recibidos por un proveedor no contratado no están cubiertos. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia o urgencia, tal como se define bajo **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención Dental de Urgencia.”**

#### **D. TELEODONTOLOGÍA**

La teleodontología es un servicio dental virtual, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, como una solución alternativa para ayudarlo a controlar su salud dental, especialmente cuando usted y su PCD no pueden estar en la misma ubicación física. Los proveedores están disponibles por teléfono y computadora desde cualquier lugar para atender necesidades dentales de emergencia y urgencia. LIBERTY cubre los servicios de teleodontología para ayudar a mejorar el acceso y la continuidad de la atención dental para nuestros miembros. No hay diferencia en su

cobertura dental para teleodontología. Los mismos beneficios están disponibles para teleodontología como para las consultas presenciales.

Su proveedor puede determinar a través de una consulta si tiene un problema dental de emergencia y puede brindarle instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Si tiene un diente agrietado o astillado, una lesión en los tejidos blandos (bulto en las encías), una pequeña caries, dolor en la mandíbula o una afección similar que no sea de emergencia, una consulta de teleodontología por teléfono o video puede serle útil. Si necesita tratamiento urgente, debe programarlo para una consulta presencial.

Puede programar una cita con su consultorio dental, por teléfono o en línea para discutir los servicios dentales regulares, los problemas dentales y las instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, póngase en contacto con el número gratuito de LIBERTY para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si se requiere una consulta presencial, el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY se encarga de coordinar las consultas dentales de emergencia sin costo alguno.

Si está experimentando una emergencia médica potencialmente mortal, comuníquese de inmediato con el 911.

## **E. ATENCIÓN DE URGENCIA**

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar.

LIBERTY proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso, sangrado, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de este. Si se encuentra fuera del área de servicio de LIBERTY, llame al Plan para su derivación a otro dentista contratado que pueda tratar su condición de urgencia.

Para la atención de urgencia después del horario de oficina y fuera del área de servicio de LIBERTY, puede encontrar un proveedor que pueda ayudarlo con su condición de urgencia. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año.

Seguirá siendo responsable de sus copagos según lo determine el diseño de su plan dental. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los

servicios de atención de urgencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas.

En caso de que LIBERTY determine que su tratamiento no se debió a una afección dental de urgencia, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para el reembolso.

## **F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA**

**Atención dental de emergencia**, como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista general o dentista especializado para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

La atención dental de emergencia es un beneficio permitido, según su Lista de Beneficios. LIBERTY proporcionará beneficios para servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. LIBERTY no cubrirá los servicios que se determine que no eran de naturaleza dental.

Todos los consultorios PCD contratados por LIBERTY proporcionan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana. LIBERTY brinda cobertura para servicios dentales de emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar daños graves de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La Atención de emergencia puede incluir, entre otros, el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después del horario de oficina o los fines de semana, comuníquese con su PCD para recibir instrucciones sobre qué hacer. Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio de LIBERTY y no puede comunicarse con el Plan para obtener ayuda para ubicar otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia.

LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año. Será responsable de sus copagos según lo determinen los beneficios de su plan dental.

Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales de emergencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para reembolso.

Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “**Atención Dental de Emergencia**”, LIBERTY cubrirá hasta setenta y cinco dólares (\$75). Si usted paga una factura por atención dental de emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración de los servicios/factura. También puede encontrar una copia del formulario de reclamo dental en nuestro sitio web en:

<https://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ADA%20Claim%20Form.pdf>

Asegúrese de que la declaración o las facturas sean claramente legibles y envíelas a LIBERTY con la siguiente información:

- Nombre completo y número de identificación del suscriptor
- Nombre y número de identificación de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia
- Nombre, dirección y número de teléfono del dentista que brindó los servicios dentales de emergencia
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de servicio dental de emergencia

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es denegada, usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) por escrito dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción del reclamo por parte de LIBERTY, que incluye:

- La razón de los servicios denegados
- Referencia a las condiciones EOC aplicables, o las pautas y criterios clínicos de LIBERTY, en los que se basa la denegación.
- Información sobre cómo solicitar una reconsideración de la denegación o presentar una queja formal, y una explicación de los procedimientos de quejas formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES.

## **G.SEGUNDA OPINIÓN**

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros [(888) 703-699]/TTY: [1-877-855-8039] o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario estándar de derivación a una especialidad, junto con las radiografías y la documentación correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores de haber recibido la solicitud, o dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

En cuanto sea aprobada, LIBERTY hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante sobre sus preocupaciones. Luego se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre segundas opiniones dentales.

## **H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO**

En caso de que necesite ser atendido por un dentista especializado, LIBERTY requiere que su PCD presente una derivación especializada para su aprobación. LIBERTY procesará la solicitud de derivación especializada estándar, que no sea de emergencia, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción.

### **1. SOLICITUDES DE EMERGENCIA**

Si usted o su PCD se encuentran en una condición de emergencia en la que el plazo normal para el proceso de toma de decisiones, como se describe anteriormente, sería perjudicial para su vida o su salud, lo que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, se puede pedir una solicitud de derivación de emergencia o una estimación previa.

La respuesta de LIBERTY a la solicitud de emergencia no demorará más de setenta y dos (72) horas desde el momento en que se recibe toda la información necesaria para tomar una decisión.

La decisión de aprobar, modificar o denegar será comunicada al PCD dentro de las veinticuatro (24) horas de la decisión. En casos donde la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión se le comunicará a usted por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

### **2. SOLICITUDES PENDIENTES**

Hay momentos en que LIBERTY requiere información adicional de su PCD para procesar la solicitud de una derivación especializada. Cuando se necesite información adicional, LIBERTY les enviará a usted y a su PCD una carta explicando por qué la solicitud de derivación especializada quedó pendiente, la información adicional que se necesita y cuándo se necesita para tomar una decisión.

Las derivaciones especializadas pueden quedar pendientes hasta por catorce (14) días calendario, si no se recibe la información necesaria, LIBERTY lo hará según la

documentación proporcionada por el PCD, los beneficios de su plan dental y las pautas y criterios del Plan.

### 3. CONSULTAS AL DENTISTA ESPECIALIZADO

Una vez que complete la primera consulta con el dentista especializado, llamada consulta, se le proporcionará un plan de tratamiento que incluye los procedimientos recomendados para tratar su afección, si los servicios están cubiertos o no, y el monto que pagará por los servicios.

- Su dentista especializado debe enviar una estimación previa a LIBERTY para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la idoneidad, excepto para los servicios dentales de emergencia (consulte **“Atención dental de emergencia”** y **“Servicios de atención de urgencia”** descritos anteriormente).
- Será financieramente responsable de los copagos y deducibles enumerados para los servicios cubiertos. Si elige que se completen los servicios que LIBERTY denegó en función de la necesidad médica, o cualquier servicio no cubierto o electivo, será financieramente responsable de la cuota habitual del dentista especializado.

**NOTA IMPORTANTE:** Los servicios especializados y los planes de tratamiento aprobados previamente por LIBERTY, solo están disponibles con los dentistas especializados que solicitaron los servicios. Los servicios especializados y los planes de tratamiento no son transferibles de un dentista especializado a otro, a menos que ambos estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.

### I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No se requiere una aprobación previa para recibir servicios dentales de su PCD. Su PCD tiene la capacidad de tomar la mayoría de las determinaciones de cobertura. Los planes de tratamiento para determinar sus beneficios dentales se completan a través de exámenes orales integrales, que están cubiertos por su plan.

Su PCD es responsable de comunicar los resultados del examen oral completo y brindarle un plan de tratamiento que incluya sus beneficios disponibles y los costos asociados.

Su dentista especializado debe utilizar el proceso descrito anteriormente en **“Derivación a un dentista especializado.”**

Usted, su PCD o dentista especializado pueden llamar a la línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [1-888-703-6999]/TTY: Llame al [1-877-855-8039] para obtener información sobre la aprobación previa de las políticas de servicios del Plan o el estado de una derivación o estimación previa.

Si no está satisfecho con la decisión de LIBERTY de retrasar, modificar o denegar los servicios solicitados en una derivación especializada y/o estimación previa, tiene derecho a solicitar una reconsideración. Consulte la sección PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES en esta EOC para obtener más información sobre cómo solicitar una reconsideración.

## J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

- 1. Miembros actuales:** Los miembros actuales de LIBERTY tienen derecho a completar la atención de ciertas afecciones dentales graves y recurrentes con su proveedor, que ya no tiene contrato con LIBERTY (proveedor cancelado). Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para ver si es elegible para este beneficio.

Usted debe hacer una solicitud específica para continuar bajo cuidado con el proveedor terminado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor terminado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de LIBERTY, sin costo alguno.

- 2. Miembros nuevos:** Un nuevo miembro de LIBERTY tiene derecho a completar la atención para ciertas afecciones dentales graves y recurrentes especificadas con su proveedor, que no tiene contrato con LIBERTY (proveedor fuera de la red). Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [1-888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] para ver si es elegible para este beneficio.

Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual fuera de la red. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de LIBERTY, sin costo alguno.

## IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA

### A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO

Las Primas se deben pagar a su QHP antes del mes de cobertura. A su vez, [HEALTH PLAN NAME] debe proporcionar las Primas a LIBERTY para establecer y continuar con su cobertura. Las primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

Su prima y los términos de pago, incluyendo la dirección postal para los pagos, son determinadas por su Plan de Salud Calificado.

### B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

**[HEALTH PLAN]** o LIBERTY pueden cambiar los beneficios cubiertos, los copagos y las tarifas de las primas. [HEALTH PLAN NAME] o LIBERTY no reducirán los beneficios cubiertos ni aumentarán las tarifas de las primas durante el plazo del acuerdo sin avisarle al menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

### C. OTROS CARGOS

Usted es responsable de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Usted será responsable de otros cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta EOC.

Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o dentista especializado. Para evitar malentendidos financieros, asegúrese de que su PCD o dentista especializado le proporcione un plan de tratamiento por escrito de todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Si recibe servicios sin una estimación previa requerida y aprobada de LIBERTY, que no sean servicios de atención de emergencia o de urgencia médicamente necesarios, usted será responsable del pago total de la cuota habitual del PCD o del dentista especializado.

**IMPORTANTE:** Usted será responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, cargos por citas canceladas o perdidas. Usted y su PCD o dentista especializado acuerdan mutuamente los cargos, de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones realizadas por el proveedor tratante. LIBERTY no tiene jurisdicción sobre las políticas internas del consultorio o los acuerdos comerciales mutuamente acordados entre usted y su PCD o dentista especializado.

Su plan tiene un máximo gasto de bolsillo anual. El máximo gasto de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros o deducibles para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.

Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el máximo gasto de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el máximo gasto de bolsillo.

Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede visitar el sitio web de L.A. Care Covered's en **lacare.org** o llame al Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care Health Plan al **1.855.270.2327 (toll-free)**. Después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo anual, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios dentales para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto brindado por su PCD dental contratado, un dentista especializado o proveedor dental autorizado.

### D. RESPONSABILIDAD DE PAGO

Usted es responsable del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones del diseño de su plan.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Usted es responsable de pagar la cuota habitual del PCD o dentista especializado en las siguientes situaciones:

- Servicios no cubiertos y opcionales
- Servicios completados con un consultorio, PCD o dentista especializado no contratados
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una estimación previa de LIBERTY
- Servicios completados fuera del área de servicio de LIBERTY, que se determina que no califican como servicios de atención de emergencia o urgencia. Esto puede incluir tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia.

Los servicios de emergencia están disponibles fuera de la red o sin estimación previa en algunas situaciones, consulte las secciones **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención dental de urgencia”** descritas anteriormente.

#### **IMPORTANTE:**

- Antes de que le proporcionen servicios no cubiertos, su PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039].
- Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] o a su administrador de beneficios para comprender completamente su cobertura, debe revisar cuidadosamente este documento EOC.
- En caso de que el padre, madre o tutor legal de un niño reciba una orden judicial para inscribir a un niño en este plan dental, LIBERTY proporcionará los beneficios descritos en esta EOC dentro de los requisitos aplicables de la orden judicial. Cualquier reclamo pagadero en virtud de esta EOC se pagará, a discreción de LIBERTY, al padre, madre o tutor legal del niño, por cualquier gasto pagado de su bolsillo.

#### **E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES**

LIBERTY ofrece múltiples formas de pagar a nuestros PCD y dentistas especializados contratados por los servicios cubiertos. Esto incluye capitación, pago por servicio y recargos suplementarios. Los pagos cambian según el área geográfica, el dentista general, el dentista especializado y el código del procedimiento. Para obtener más

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Usted no será responsable financieramente por ningún dinero adeudado a algún PCD o dentista especializado contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un proveedor no contratado, usted será responsable del costo de los servicios que recibió.

## **V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN**

### **A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE**

Usted y sus dependientes inscritos que sean elegibles deben vivir o trabajar en el área de servicio de LIBERTY.

Puede inscribir a:

- Hijos dependientes hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.
- Nuevos hijos dependientes adoptados por usted, hijastros y recién nacidos hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.

### **B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS**

Su plan dental es proporcionado por su QHP y se coordina a través de LIBERTY. Si LIBERTY recibe el pago del formulario de inscripción completado antes del vigésimo (20.º) día del mes, usted es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha de vigencia de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios (Anexo 1) cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los beneficios, copagos, gastos de bolsillo, exclusiones y limitaciones, así como cualquier tratamiento no cubierto.

## **VI. SERVICIOS CUBIERTOS**

Usted está cubierto para los siguientes servicios y procedimientos dentales cuando sean médicamente necesarios para su salud dental y de acuerdo con los estándares de la práctica dental profesional. Los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas para cada categoría y para todos los servicios.

Consulte su Lista de Beneficios (Anexo 1) para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan de LIBERTY Dental.

### **A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO**

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y ayudar a determinar qué tratamiento se necesita. Los servicios dentales de diagnóstico incluyen exámenes orales y radiografías.

## **B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS**

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar que su condición dental empeore. Los servicios preventivos incluyen limpiezas y algunos servicios periodontales.

## **C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN**

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable. Los servicios de restauración incluyen empastes y coronas.

## **D. SERVICIOS DE ENDODONCIA**

Los servicios dentales de endodoncia incluyen el tratamiento de la pulpa, los conductos radiculares y las raíces. Los servicios de endodoncia incluyen procedimientos de conducto radicular.

## **E. SERVICIOS PERIODONTALES**

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostienen los dientes. Los servicios periodontales incluyen raspado y alisado radicular (limpieza profunda).

## **F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA**

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato y el mantenimiento de los mismos. Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas parciales y completas removibles o puentes fijos.

## **G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL**

La cirugía oral implica procedimientos quirúrgicos en sus dientes, la boca, las encías o la mandíbula. Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos.

## **H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS**

Los servicios dentales complementarios generalmente se refieren a cualquier tratamiento o servicio que se brinde como parte de otro servicio cubierto. Los servicios dentales complementarios incluyen anestesia (sueño profundo o medicamento para adormecer) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos.

## **I. SERVICIOS DE ORTODONCIA**

Los servicios dentales de ortodoncia implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Los servicios dentales de ortodoncia incluyen frenillos y retenedores. Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles cuando son médicamente necesarios, tal como se describe en su Lista de Beneficios.

## **VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES**

Consulte su Lista de Beneficios (Anexo 1) para ver las limitaciones de los procedimientos cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan. Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio de su plan dental, y están disponibles a pedido, sin costo alguno.

### **A. EXCLUSIONES GENERALES**

#### **LIBERTY no cubrirá:**

- Los servicios que recibe de un PCD o dentista especializado que no tiene contrato con LIBERTY, a menos que tenga una aprobación previa de LIBERTY, o que necesite atención de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio de LIBERTY.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental que no sea médicamente necesario, según lo determine LIBERTY, de acuerdo con los estándares de práctica dental profesionalmente reconocidos.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental que no figure específicamente como un beneficio cubierto por su plan dental. Consulte su Lista de Beneficios (Anexo 1) para obtener una lista completa de las exclusiones.
  - Cualquier procedimiento o servicio dental con fines estéticos o para condiciones que son el resultado de defectos hereditarios del desarrollo.
  - Cualquier procedimiento, servicio o aparato dental proporcionado por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
  - Los servicios que le haya ordenado un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
  - El costo de copiar sus registros dentales con su PCD o dentista especializado
  - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a su PCD, dentista especializado o recibir atención dental.
  - Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio su plan, y también están disponibles por separado cuando lo solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no están cubiertos bajo este plan, un PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este Plan, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al [888-703-6999]/TTY: [1-877-855-8039] o hable con su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC y su Lista de Beneficios.

### **B. CITAS PERDIDAS**

LIBERTY recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su PCD o dentista especializado, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible, pero a más tardar setenta y dos (72) horas antes de su cita. Esto permitirá al PCD o dentista especializado programar a otra persona que necesite

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

atención. Los consultorios dentales pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

## **VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA**

### **A. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS**

#### **1. Cancelación por pérdida de elegibilidad**

Este es un plan EPDB y los beneficios terminarán una vez que los miembros alcancen el límite de edad para la cobertura, diecinueve (19) años, tal como se establece en este documento.

Su cobertura del plan dental de LIBERTY puede ser terminada por su cobertura del Plan de Salud Calificado (QHP). Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su QHP al menos treinta (30) días calendario antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará al mismo tiempo.

La cobertura de su plan dental de LIBERTY, incluida la cobertura para sus dependientes, también puede terminar si:

- Usted ya no vive ni trabaja en el área de servicio de LIBERTY o si LIBERTY ya no ofrece su plan dental.

#### **2. Cancelación debido a la falta de pago de la prima**

- Si su QHP no paga la prima, LIBERTY enviará un aviso a su QHP para informar que la prima está vencida.
- Si las primas no se pagan de conformidad con el acuerdo de su QHP, la cobertura de su plan dental de LIBERTY finalizará a la medianoche del último día del período de gracia de treinta (30) días calendario, sujeto a la presentación de los requisitos de notificación exigidos por LIBERTY. Los miembros reciben un período de gracia de al menos treinta (30) días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el "Aviso de inicio del período de gracia."
- La cobertura continuará bajo el contrato del Plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

#### **3. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación**

- Si la cobertura de su plan dental finaliza mientras el contrato entre usted y LIBERTY está vigente, su PCD o dentista especializado deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del Plan.
- Si la cobertura de su plan dental finaliza con LIBERTY después del inicio del tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de los cargos de cualquier tratamiento de ortodoncia restante.

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

#### **4. Terminación por fraude**

- El fraude no está permitido por la ley federal. La cobertura de su plan dental terminará inmediatamente con LIBERTY, si planea, comete o permite a sabiendas que alguien cometa fraude o engaño.
- Ejemplos de fraude:
  - Usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación para completar los servicios bajo este plan.
  - Tergiversa a usted mismo o a sus dependientes al proporcionar información “sustancial” incompleta o incorrecta a LIBERTY, o a su proveedor dental, que podría afectar la inscripción o el uso de los beneficios del plan dental.
  - Intencionalmente engaña a LIBERTY o tergiversa su información, o permite que alguien más lo haga, con el fin de obtener servicios de atención dental.

En casos de sospecha de fraude, recibirá una carta por correo certificado al menos treinta (30) días antes de la fecha de terminación. La carta incluirá el motivo de la terminación planificada y sus derechos de apelación. Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindiré o no renovaré, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de LIBERTY.

#### **5. Terminación debido al estado de salud**

- LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará a LIBERTY. Dentro de los quince (15) días calendario de la fecha en que recibimos dicho aviso, LIBERTY solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.
- LIBERTY será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación.
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con limitaciones auditivas o del habla. El sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada es [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov).

## **B. FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN**

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en el que la cobertura finaliza inmediatamente después de la notificación.

## **C. DESAFILIACIÓN**

Puede cancelar su inscripción en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con Covered California o su Plan de Salud Calificado por teléfono o por escrito.

La cancelación de la inscripción es efectiva en la fecha especificada o catorce (14) días calendario después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo.

## **D. RESCISIÓN**

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta no existiera. LIBERTY solo puede rescindir su cobertura en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindirá o no renovará, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de LIBERTY. Excepto por lo dispuesto por ley, LIBERTY no puede rescindir su cobertura después de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de emisión de la cobertura dental.

## **IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA**

Consulte la EOC de su L.A. Care Covered para obtener información sobre renovación y reincorporación de cobertura.

### **SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN**

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será cancelada de manera incorrecta, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante L.A. Care Covered y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

#### **Opción (1): Presentar una queja formal ante LIBERTY**

Puede enviar una queja formal a L.A. Care Covered de cualquiera de las siguientes formas:

- En línea en [lacare.org](http://lacare.org) y preséntela de manera electrónica

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Envíe por fax su queja formal por escrito al 213.438.5748
- Llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 855.270.2327/TTY 711.
- Envíe su queja formal por escrito a: 1200 W. 7th Street, Los Angeles, CA 90017. – Attn: Departamento de Quejas Formales y Apelaciones

Es posible que desee presentar su queja formal ante L.A. Care Covered primero si considera que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse tan pronto como sea posible después de recibir la "Notificación de Cancelación, Rescisión o No Renovación."

Resolveremos su queja formal o le proporcionaremos un estado pendiente dentro de los tres (3) días calendario posteriores a su recepción. Si no recibe una respuesta de L.A. Care Covered dentro de tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de cualquier manera con la respuesta L.A. Care Covered, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada, tal como se detalla a continuación en la Opción 2.

### **Opción (2): Presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada.**

Puede presentar una queja formal directamente al Departamento de Atención Médica Administrada sin antes enviarla a L.A. Care Covered Plan o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada en línea en: [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov)
- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada enviándola por escrito a:  
 Centro de ayuda  
 Department of Managed Health Care  
 980 Ninth Street, Suite 500  
 Sacramento, California 95814-2725
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:  
 Por teléfono: 1-888-466-2219  
 TDD: 1-877-688-9891  
 Por fax: 1-916-255-5241

## **X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES**

Si no está satisfecho con su PCD, dentista especializado, personal o instalaciones del consultorio dental, derivación especializada, estimación previa, reclamo, cualquier parte de su atención dental, LIBERTY o L.A. Care Covered, tiene derecho a presentar una queja formal. Una queja formal es lo mismo que una queja. No será discriminado de ninguna manera por parte de L.A. Care Covered, LIBERTY, su PCD o su dentista especializado por presentar una queja formal.

## A. PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Puede presentar su queja formal mediante un formulario de queja formal de LIBERTY. LIBERTY no requiere que use un formulario de queja formal; investigaremos una queja formal presentada en cualquier formato. Los formularios de quejas formales están disponibles en cualquiera de los siguientes:

- Del consultorio de su PCD o dentista especializado
- En este documento EOC bajo el Anexo 2 “FORMULARIOS”
- En nuestro sitio web en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- Llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al [(888)-703-6999] o TTY: [877-855-8039]

Puede enviar su queja formal y documentos adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax al: Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al (833) 250-1814
- Por teléfono: [(888)-703-1814]
- Por TDD/TTY: 877-855-8039

Puede solicitar la ayuda de un “defensor del paciente” para presentar una queja formal. Para quejas formales que involucren a menores, dependientes o miembros discapacitados que estén incapacitados, padres, tutores, curadores, parientes u otras personas designadas con la autoridad para actuar en nombre del miembro, puede presentar una queja formal ante LIBERTY. LIBERTY solicitará prueba escrita de la tutela activa, cuando sea necesario.

Los asuntos urgentes se pueden enviar al Departamento de Atención Médica Administrada, consulte a continuación “Quejas Formales y Apelaciones Urgentes”

Si su inglés es limitado, tiene problemas de comunicación visual o de otro tipo, LIBERTY lo ayudará a presentar una queja formal. La asistencia incluye la traducción de procedimientos de queja formal, formularios y respuestas de LIBERTY. LIBERTY también brinda acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades para comunicarse.

Tiene ciento ochenta (180) días calendario después de cualquier incidente o acción que sea motivo de su insatisfacción para presentar una queja formal ante LIBERTY. Los representantes de LIBERTY revisarán el problema con usted y tomarán las medidas adecuadas para una resolución rápida. Recibirá una carta de acuse de recibo confirmando la recepción de su queja formal dentro de los cinco (5) días calendario. Las quejas formales estándar serán resueltas dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

**Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito:** En algunos casos, el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY puede ayudar a resolver quejas formales recibidas por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción, pero a más tardar al cierre del siguiente día hábil.

Las quejas formales resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros, dentro del plazo mencionado anteriormente, no requieren un reconocimiento o respuesta por escrito. Las siguientes categorías no pueden ser resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY y deben abordarse a través del proceso estándar de quejas formales: disputas de cobertura, apelaciones, tratamiento experimental o de investigación, condiciones o procedimientos insalubres en el consultorio, discriminación potencial y calidad del tratamiento completado.

## **B. QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS)**

Puede solicitar una revisión urgente o acelerada de su queja formal o apelación cuando considere que podría estar ante una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida o una función física importante. Un dentista con licencia de LIBERTY revisará su solicitud para determinar si cumple con los criterios de revisión acelerada. Luego de la revisión y determinación de que su caso califica para una revisión acelerada, LIBERTY resolverá su queja formal o apelación dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la recepción, o antes, según la condición.

Si su situación cumple con la definición de urgente según la ley, la revisión de su queja formal o apelación por parte de LIBERTY se realizará lo antes posible. Por lo general, una situación urgente es una situación en la que su salud puede estar en grave peligro o, según la opinión de su médico, usted puede sentir dolor severo que no se puede controlar adecuadamente mientras espera una decisión sobre la revisión externa de su reclamo. Si considera que su situación es urgente, puede solicitar una revisión externa expeditada, poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al 866-544-2981/TTY: 877-855-8039.

**Declaración requerida por el estado de California:** “El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe primero llamar a su plan de salud al 855-433-4347/TTY: **877-855-8039** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no fue resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja formal que sigue sin resolverse después de más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que tenga derecho a una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o

tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con impedimentos de audición o del habla. El sitio web del departamento **www.dmhca.gov** incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea."

## **PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DEPARTAMENTO) DEL ESTADO DE CALIFORNIA**

El Departamento de Atención Médica Administrada ha establecido un número de teléfono gratuito **(888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para que use en caso de tener una queja en contra de [HEALTH PLAN NAME], LIBERTY, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo las Leyes de California y reglas relacionadas. Excepto en los casos de situaciones dentales de emergencia, tal como se describe a continuación, primero debe presentar su queja formal ante LIBERTY. Si no está satisfecho con el resultado de su queja formal o no recibe una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días calendario, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada para que presente una queja contra LIBERTY.

**Tenga en cuenta que:** Las quejas del Departamento de Atención Médica Administrada solo se pueden presentar una vez que haya agotado sus derechos de queja formal ante LIBERTY. Sin embargo, usted puede presentar inmediatamente una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada sin tener que presentar primero una queja formal ante LIBERTY en caso de una situación dental de emergencia.

### **C. SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN:**

**Resoluciones y respuestas de apelaciones:** Una apelación es una solicitud, por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada, para revisar una acción de LIBERTY que haya retrasado, modificado o denegado servicios, en su totalidad o en parte. Las respuestas de apelación por escrito para los servicios denegados por necesidad médica, un beneficio no cubierto u otro criterio, incluirán un lenguaje claro y sencillo, el motivo, los criterios y las políticas dentales para nuestra decisión junto con la disposición aplicable y los números de página de su EOC.

Si no está satisfecho con la determinación de LIBERTY, tiene hasta ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha indicada anteriormente para presentar una apelación. Una apelación le permite presentar información adicional que sea relevante para su reclamo, o estimación previa y solicitar que LIBERTY la revise.

Usted puede incluir documentos, registros u otra información escrita con su apelación. También puede solicitar, sin cargo alguno, copias de todos los documentos, registros y otra información de LIBERTY que sea relevante para su reclamo. LIBERTY revisará la

información que presente y reconsiderará su reclamo o estimación previa. Como parte de su apelación, puede solicitar a LIBERTY el nombre de cualquier experto médico u otra persona a la que LIBERTY haya pedido consejo mientras reconsideraba su reclamo o estimación previa.

Puede enviar su apelación y materiales adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)
- Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax al: Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al (833) 250-1814
- Por teléfono: 866-544-2981
- Por TDD/TTY: 877-855-8039

#### **D. MEDIACIÓN**

También puede solicitar una mediación voluntaria con LIBERTY antes de ejercer su derecho de presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada. El uso de la mediación no descarta su derecho de presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada después de finalizar la mediación. Con el fin de iniciar la mediación, usted o su agente debe aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y LIBERTY.

#### **E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)**

Los casos denegados por LIBERTY, por servicios cubiertos que no son médicamente necesarios, tratamientos experimentales o de investigación, o disputas de pago por servicios de emergencia, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada.

La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos. Se incluirá un formulario IMR con su carta de resolución de apelación si su apelación fue denegada debido a necesidad médica, tratamiento experimental o de investigación, o si se trata de una disputa de pago por servicios de emergencia. También puede obtener una copia del formulario IMR de cualquiera de las siguientes maneras:

- En línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com), bajo una queja formal o apelación
- En este documento EOC bajo el Anexo 2 "FORMULARIOS"
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-703-6999
- Por TDD/TTY: 877-855-8039

También puede solicitar los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica

Administrada llamando al 1-888-466-2219, TDD/TTY: 1-877-688-9891 o visitando su sitio web en: [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov). Puede leer más sobre el proceso de IMR, en la **Declaración requerida de California** que se detalla en la página anterior.

## F. ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas formales de LIBERTY, y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al proceso de arbitraje vinculante para su resolución. Usted o uno de sus dependientes elegibles puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada para su revisión y resolución antes de cualquier arbitraje.

Como condición de su membresía en LIBERTY, las disputas que surjan de su participación como miembro de LIBERTY o se relacionen con ella, incluida la responsabilidad contractual o médica o la mala praxis (por ejemplo, si los servicios cubiertos prestados fueron innecesarios o no autorizados, o si se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) se resolverán mediante arbitraje vinculante.

Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

El arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las reglas comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA) vigentes al momento de ocurrir la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

El arbitraje será conducido por un árbitro mutuamente aceptable seleccionado por las partes, o si las partes no pueden llegar a un acuerdo, por el proceso de selección de árbitros establecido por la AAA.

Puede iniciar el arbitraje enviando una solicitud de arbitraje por escrito a LIBERTY.

- Por correo a:  
LIBERTY Dental Plan  
Attn.: Solicitud de Arbitraje  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110

La solicitud por escrito debe incluir una declaración clara que describa la naturaleza de la disputa, los intentos de resolver la disputa con LIBERTY, la compensación o el remedio buscado y el monto en dólares involucrado. El arbitraje tendrá lugar en California, a menos que las partes acuerden mutuamente otro lugar.

Al árbitro se le requiere que siga las leyes estatales y federales correspondientes. El árbitro puede interpretar los términos de esta EOC, pero no tendrá el poder para cambiarla, modificarla o rechazar la aplicación de cualquiera de sus términos, y el árbitro tampoco

tendrá la autoridad de adjudicar cualquier compensación que no estaría disponible en un tribunal. El árbitro tendrá el poder de otorgar todos los recursos legales y equitativos y otorgar daños compensatorios previstos por la ley de California, excepto que no se otorgarán daños punitivos. Al concluir el arbitraje, el árbitro emitirá una declaración y adjudicación por escrito de acuerdo a las conclusiones de hecho y derecho. La adjudicación será final y vinculante para todas las partes excepto hasta donde lo dispongan las leyes estatales y federales para la revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Debe pagar las cuotas de su propio abogado, en caso de que elija tener uno. LIBERTY tendrá que pagar las cuotas de su propio abogado. Si no puede pagar su parte de las cuotas y gastos del árbitro debido a dificultades extremas, puede solicitar a LIBERTY por escrito que asuma la totalidad o una parte de las cuotas que le corresponde. Con dicha notificación por escrito, LIBERTY puede enviar su solicitud a una organización profesional independiente de resolución de disputas para determinar si LIBERTY debe pagar una parte o la totalidad de su parte de las cuotas y gastos del árbitro. Dichas solicitudes deben presentarse a la dirección indicada anteriormente.

El arbitraje debe iniciarse dentro de un (1) año a partir de la fecha en que surgió, se descubrió o debería haberse descubierto la disputa con diligencia razonable, lo que suceda primero; en caso contrario, se tendrá por renunciada y prescrita para siempre.

## **XI. OTRAS DISPOSICIONES**

### **A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS**

Como miembro de LIBERTY, siempre recibirá sus beneficios. LIBERTY no considera que su plan sea secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Tiene derecho a recibir los beneficios que se enumeran en este documento EOC a pesar de cualquier cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluye en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

### **B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS**

Si se considera que los servicios, que de otro modo están cubiertos en virtud de este Plan de Grupo, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de LIBERTY para ser reembolsado por estos servicios.

### **C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA**

LIBERTY tiene un grupo que se llama Comité de Política Pública. Este grupo está compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El grupo analiza las políticas de LIBERTY y es responsable de:

- Recomendar maneras de servir mejor a nuestros miembros
- Revisar las métricas de calidad para asegurar la satisfacción de los miembros
- Sugerir mejoras a los programas de LIBERTY

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Revisar informes financieros de LIBERTY.

Unirse a este grupo es voluntario y se le pagará por cada reunión a la que asista. Si desea participar en el Comité de Políticas Públicas de LIBERTY, llámenos o envíenos un correo electrónico o puede completar la Solicitud del Comité de Políticas Públicas incluida en el Anexo 2 "FORMULARIOS" y devolverla a LIBERTY, con la información que se detalla a continuación.

- Por correo a:  
LIBERTY Dental Plan of California  
Public Policy Committee (QM Department)  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799-6110
- Por teléfono: (888) 703-6999 o TTY (888) 855-8039
- Por fax a: (888) 334-6027
- Envíe correo electrónico a: QM@libertydentalplan.com

#### **D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios
- Un Aviso de Explicación de Beneficios
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de LIBERTY para cualquiera de los servicios enumerados, llame al Departamento de Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com)

- Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax al: (949) 270-0101
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 703-6999
- Por TDD/TTY: (877) 855-8039

#### **E. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**

- La discriminación es ilegal. LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales. LIBERTY no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

LIBERTY brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - ✓ Intérpretes calificados
  - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al 866-544-2981. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (877) 855-8039.

#### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL**

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

Si usted considera que LIBERTY no ha brindado alguno de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al 888-704-9833. O si no puede oír o hablar bien, llame al (877) 855-8039.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a: LIBERTY Dental Plan, Civil Rights Coordinator, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- En persona: Visite el consultorio de su médico o LIBERTY y diga que desea presentar una queja formal.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de LIBERTY en <https://www.libertydentalplan.com>.

### **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:  
**Michele Villados**  
**Director Adjunto, Oficina de Derechos Civiles**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**
- Puede obtener formularios de quejas en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

### **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**  
Si no puede hablar o escuchar bien, llame a **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue,  
S.W. Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

- Puede obtener formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## **F. DERECHOS DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos.
- Poder elegir un PCD dentro de la red de LIBERTY.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Expresar sus quejas formales, verbalmente o por escrito, sobre LIBERTY o cualquier parte de su atención.
- Recibir coordinación para los cuidados.
- Solicitar una apelación de decisiones respecto a denegar, retrasar o modificar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación oral en su idioma hablado principal.
- A formular directivas anticipadas.
- Desafiliarse a solicitud.
- Acceder a los servicios de consentimiento de menores.
- Recibir materiales escritos informativos para el miembro en formatos alternativos (como Braille, impresión de tamaño grande y formato de audio) a solicitud y de manera oportuna, según sea el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes de California.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas, presentada de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión.
- Tener acceso y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos, de acuerdo con las leyes federales.
- Libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trata LIBERTY, sus proveedores o el Estado.

## **G. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO**

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Pagar su prima de cobertura a tiempo
- Identificarse ante su PCD seleccionado como miembro de LIBERTY

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

- Tratar al PCD, personal del consultorio y personal de LIBERTY con respeto y cortesía
- Mantener sus citas programadas o comunicarse con el consultorio dental, con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación, para cancelar una cita
- Cooperar con el PCD en seguir el curso del tratamiento recetado
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio
- Notificar a su PCD sobre sus necesidades personales del idioma
- Notificar a LIBERTY sobre los cambios en el estado de su familia
- Estar al tanto y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental
- Completar el tratamiento con su PCD asignado
- Cumplir con las normas del consultorio dental sobre la atención y conducta
- Seguir el proceso de derivación para atención especializada
- Brindarle a su PCD, a su leal saber y entender, la información correcta sobre su salud física y dental
- Informar a su PCD si tiene cambios repentinos en su salud física y dental
- Informar a su PCD o dentista especializado que entiende el plan de tratamiento y lo que se requiere de usted
- Seguir con el plan de tratamiento que usted entendió y acordó con su PCD o dentista especializado
- Sus propias acciones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir el plan de tratamiento, las instrucciones y los consejos de su PCD o dentista especializado
- Comprender sus beneficios dentales, incluido lo que está y no está cubierto según el diseño de su plan.

## H. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamos directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre.

Los servicios prestados por un dentista especializado se reportan a LIBERTY por medio del mismo dentista especializado. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario de oficina o fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a LIBERTY para recibir el reembolso ("**Reembolso para servicios dentales de emergencia**").

## I. DONACIÓN DE ÓRGANOS

El Departamento de Atención Médica Administrada requiere a LIBERTY que le informe que usted tiene a su disposición opciones para donar órganos. La donación de órganos tiene muchos beneficios para la sociedad, y quizás desee considerar esta opción en caso que alguna situación de salud se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net/>

## J. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES

Es política de LIBERTY que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura. Los servicios solo pueden ser denegados por

---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

necesidad médica, por un dentista debidamente autorizado y calificado, que trabaje dentro de los criterios y pautas clínicas escritas de LIBERTY. Las necesidades individuales de los miembros, así como las características del sistema de entrega local, deben tenerse plenamente en cuenta durante el proceso de revisión. LIBERTY no recompensa a nuestros revisores dentales por emitir denegaciones de cobertura, atención ni proporciona incentivos que fomenten barreras a la atención/servicios o decisiones que resulten en una infrautilización.

El personal del Departamento de Gestión de Utilización de LIBERTY firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

## **XII. PLAN DE CUMPLIMIENTO**

### **A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO**

LIBERTY Dental Plan se dedica a garantizar que cumple con todas las leyes, normas, reglamentos y procedimientos federales y estatales aplicables, incluidos los requisitos del mercado de seguros de salud, de manera oportuna y eficaz. Se espera que todos los miembros, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores y miembros de la Junta Directiva de LIBERTY cumplan con estos diversos requisitos legales.

Por estas razones, LIBERTY ha desarrollado e instituido un Plan de Cumplimiento Corporativo. El Plan de Cumplimiento Corporativo está diseñado para garantizar que LIBERTY cumpla con todas las obligaciones legales y contractuales de manera justa, precisa y consistente.

El Plan de Cumplimiento Corporativo no solo aborda el fraude, el desperdicio y el abuso de la atención médica, sino también los requisitos y obligaciones establecidos por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), el empleo, los informantes y las leyes de seguros.

Las políticas y procedimientos de LIBERTY para preservar la confidencialidad de los registros médicos y dentales están disponibles a solicitud.

### **B. DEFINICIONES**

- **Fraude:** incluye, pero no se limita a, “hacer a sabiendas o hacer que se realice cualquier reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica.” El fraude también incluye el fraude o la tergiversación por parte de un miembro con respecto a la cobertura de personas y el fraude o el engaño en el uso de los servicios o instalaciones de LIBERTY o el hecho de permitir deliberadamente dicho fraude o engaño por parte de otra persona.
- **Despilfarro:** significa el gasto irreflexivo o descuidado, el consumo, la mala gestión, el uso o el derroche de recursos. El despilfarro también incluye incurrir en costos innecesarios debido a prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

- **Abuso:** significa el uso excesivo o inadecuado de algo, o el uso de algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso; la destrucción intencional, desviación, manipulación, mala aplicación, maltrato o mal uso de los recursos; o uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

## C. POLÍTICA

La política de LIBERTY es revisar e investigar todas las acusaciones de fraude, despilfarro y abuso, ya sea interno o externo, tomar medidas correctivas para cualquier alegación respaldada e informar una conducta indebida confirmada a las partes apropiadas, tanto internas como externas.

## D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

LIBERTY ha establecido una línea telefónica exclusiva para reportar fraudes: (888) 704-9833/TTY: (877) 855-8039. La línea telefónica para reportar fraudes ofrece la oportunidad de reportar de manera anónima y confidencial las sospechas razonables y de buena fe sobre fraudes o preocupaciones. Esta línea telefónica es monitoreada por un miembro designado del Comité de Cumplimiento Corporativo de LIBERTY.

Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de control de calidad de LIBERTY para realizar una investigación exhaustiva.

- Línea directa de cumplimiento corporativo de LIBERTY: (888) 704-9833/TTY (877) 855-8039
- Correo electrónico de la Unidad de Cumplimiento de LIBERTY: [compliance@libertydentalplan.com](mailto:compliance@libertydentalplan.com)
- Línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: (888) 704-9833
- Correo electrónico de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: [SIU@libertydentalplan.com](mailto:SIU@libertydentalplan.com)

El Presidente del Comité y el Director de Cumplimiento, en conjunto con el Asesor Jurídico, determinan si LIBERTY tomará alguna medida adicional, que pueden incluir, entre otros:

- El suministro de información, con fines educativos, al proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta
- Buscar el reembolso del proveedor participante de cualquier monto pagado por LIBERTY en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre LIBERTY y el proveedor participante
- Reportar el asunto a un organismo gubernamental apropiado, incluyendo, entre otros, la Junta Estatal de Examinadores Dentales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

**LIBERTY Dental Plan of California, Inc.**

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

866-544-2981



---

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [888-703-6999]/TTY: 877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visite en línea en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com).

**45**

*EOC – Individual [HEALTH PLAN] Embedded EHB*

*Revisado 08/2022*

**Anexo 1:**

**LISTA DE BENEFICIOS  
SERVICIOS CUBIERTOS**

**[Insertar la Lista de Beneficios de LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO]**

**[La Lista de Beneficios específica de su plan se brinda en un documento separado.]**

**Anexo 2:**

**FORMULARIOS**

**[Formulario de Quejas Formales y Apelaciones**

**Formulario de IMR**

**Formulario de políticas públicas]**

**Anexo 3:**

**PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO  
Y CARGOS**

**[La prima de su grupo y otros cargos y cuotas se proporcionan al patrocinador del grupo]**

**Anexo 4:**

**[Inserte el AVISO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE IDIOMAS]**



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

Máximo gasto de bolsillo individual: \$8,850 por año Calendar 2025

Máximo gasto de bolsillo familiar: \$17,700 por año Calendar 2025

- ✓ Los miembros deben visitar un consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan para utilizar los beneficios cubiertos. Su consultorio dental determinará un plan de tratamiento o iniciará el proceso de derivación a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios cubiertos recomendados son médicamente necesarios y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Este Programa de Beneficios representa los beneficios de HMO dental pediátrico cubiertos como parte del Plan de Salud que ofrece L.A. Care Covered. Cualquier copago para servicios dentales cubiertos se acumulará para el máximo gasto de bolsillo del plan de salud por año calendario (que se muestra arriba como referencia). Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede consultar el folleto de Evidencia de Cobertura de su plan de salud, visitar el sitio web de su plan de salud en [www.lacare.org](http://www.lacare.org) o llamar a Servicios para Miembros al 1-855-270-2327 (número gratuito).
- ✓ Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo combinado, no se le podrá cobrar por servicios dentales cubiertos que reciba durante el resto del año calendario. Se pagará al consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan por los servicios cubiertos como si estuviera contratado directamente por LIBERTY. Los cargos por servicios opcionales o no cubiertos no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo combinado, y usted seguirá siendo económicamente responsable. En un plan con dos o más miembros, no se le puede cobrar al primer miembro de la familia que alcance el máximo gasto de bolsillo individual por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El máximo gasto de bolsillo familiar se alcanza combinando los gastos elegibles de dos o más miembros de la familia cubiertos.
- ✓ Los copagos del miembro deben pagarse en el consultorio dental en el momento de la prestación de los servicios.
- ✓ Este Programa de beneficios no garantiza los beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad, exclusiones y limitaciones, y se deben determinar como medicamento necesarios en el momento de recibir el servicio. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad médica documentada como lo requiere el beneficio de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT).
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos en este Programa de beneficios están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

| Código CDT | Descripción                                                          | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Servicios de diagnóstico                                             |                                                     |                                                  |                                                                                                                   |
| D0120      | Evaluación bucal periódica                                           | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0120) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0140      | Evaluación bucal limitada                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0140) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0145      | Evaluación bucal para menores de 3 años                              | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0150      | Evaluación bucal completa                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial                                                   |
| D0160      | Evaluación bucal, centrada en un problema                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0160) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0170      | Re-evaluación, limitada, centrada en un problema                     | sin costo                                           | sin costo                                        | hasta 6 de (D0170, D0171) en un período de 3 meses, no más de 12 en 12 meses                                      |
| D0171      | Re-evaluación, consulta postoperatoria                               | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0180      | Evaluación periodontal completa                                      | sin costo                                           | sin costo                                        | solo se facturará como D0150                                                                                      |
| D0190      | Revisión de un paciente                                              | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0191      | Evaluación de un paciente                                            | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0210      | Serie completa de radiografías, intraorales                          | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0220      | Primera radiografía intraoral, periapical                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor                                                           |
| D0230      | Cada radiografía adicional intraoral, periapical                     | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0240      | Radiografía intraoral, oclusal                                       | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                    |
| D0250      | Radiografía extraoral 2D, fuente de radiación fija                   | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0250) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0251      | Radiografía dental extraoral posterior                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                         |
| D0270      | Radiografía simple de aleta de mordida                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                         |
| D0272      | Aletas de mordida, dos radiografías                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0272) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0273      | Aletas de mordida, tres radiografías                                 | sin costo                                           | sin costo                                        | reducir el valor al código D0270 y D0272                                                                          |
| D0274      | Aletas de mordida, cuatro radiografías                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años                                                     |
| D0277      | Aletas de mordida verticales, 7 a 8 radiografías                     | sin costo                                           | sin costo                                        | reducir el valor al código D0274                                                                                  |
| D0310      | Sialografía                                                          | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0320      | Artrografía ATM, inyección incluida                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 3 (D0320) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0322      | Estudio tomográfico                                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 (D0322) cada 12 meses por proveedor                                                                             |
| D0330      | Radiografía panorámica                                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0340      | Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis                    | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                   |
| D0350      | Imágenes fotográficas orales/faciales en 2D, intraorales/extraorales | sin costo                                           | sin costo                                        | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                         |
| D0396      | Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental                | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0419      | Evaluación del flujo salival por medición                            | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0431      | Prueba auxiliar pre-diagnóstico                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0460      | Pruebas de vitalidad pulpar                                          | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0470      | Diagnóstico de moldes                                                | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes |
| D0502      | Otros procedimientos de patología oral, según informe                | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |

|       |                                                                  |           |           |  |
|-------|------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|
| D0601 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo bajo     | sin costo | sin costo |  |
| D0602 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo moderado | sin costo | sin costo |  |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                                                                                             | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Servicios de diagnóstico (continuación)                                                                                                                 |                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| D0603      | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo alto                                                                                            | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D0701      | Radiografía panorámica, solo captura de imágenes                                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0702      | Radiografía cefalométrica 2-D, solo captura de imágenes                                                                                                 | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0703      | Imagen fotográfica oral/facial 2-D obtenida por vía intraoral o extraoral, solo captura de imágenes                                                     | sin costo                                           | sin costo                                        | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0705      | Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imágenes                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0706      | Radiografía oclusal intraoral, solo captura de imágenes                                                                                                 | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                                                                                                     |
| D0707      | Radiografía periapical intraoral, solo captura de imágenes                                                                                              | sin costo                                           | sin costo                                        | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                            |
| D0708      | Radiografía de mordida intraoral, solo captura de imágenes                                                                                              | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0709      | Serie completa de radiografías, intraorales, solo captura de imágenes                                                                                   | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0801      | Escaneo 3D de la superficie dental, directo                                                                                                             | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D0802      | Escaneo 3D de la superficie dental, indirecto                                                                                                           | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D0803      | Escaneo 3D de la superficie facial, directo                                                                                                             | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D0804      | Escaneo 3D de la superficie facial, indirecto                                                                                                           | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D0999      | Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe                                                                                             | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
|            | Servicios preventivos                                                                                                                                   |                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| D1110      | Profilaxis, adulto                                                                                                                                      | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                                                                                                            |
| D1120      | Profilaxis, infante                                                                                                                                     | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1206      | Aplicación tópica de capa de flúor                                                                                                                      | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1206, D1208) cada 6 meses                                                                                                                                                                   |
| D1208      | Aplicación tópica de flúor, excluyendo el barniz                                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1310      | Orientación nutricional para control de enfermedad dental                                                                                               | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1320      | Orientación sobre el tabaco, control/prevenición de enfermedad bucal                                                                                    | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1321      | Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud bucal y del comportamiento asociados con el uso de sustancias de alto riesgo | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1330      | Instrucciones de higiene bucal                                                                                                                          | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1351      | Sellante, por diente                                                                                                                                    | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1351, D1352) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar                                                                                                                                             |
| D1352      | Restauración temporal de resina, diente permanente                                                                                                      | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1353      | Sellante, por diente                                                                                                                                    | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1353) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar                                                                                                                                                       |
| D1354      | Aplicación de medicamento para detener las caries, por diente                                                                                           | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer                                                                                                       |
| D1355      | Aplicación de medicamentos preventivos contra la caries, por diente                                                                                     | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1355) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer                                                                                                       |
| D1510      | Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante                                                                                                             | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años                                                                                                                            |
| D1516      | Espaciador, fijo, bilateral, maxilar                                                                                                                    | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1517      | Espaciador, fijo, bilateral, mandibular                                                                                                                 | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1520      | Espaciador, removible, unilateral, por cuadrante                                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años                                                                                                                           |
| D1526      | Espaciador, removible, bilateral, maxilar                                                                                                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1527      | Espaciador, removible, bilateral, mandibular                                                                                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1551      | Recementación o reunión del espaciador bilateral, maxilar                                                                                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1551) cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                                   |
| D1552      | Recementación o reunión del espaciador bilateral, mandibular                                                                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1552) cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                                   |
| D1553      | Recementación o reunión del espaciador unilateral, por cuadrante                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                     |
| D1556      | Retiro del espaciador fijo unilateral, por cuadrante                                                                                                    | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1557      | Retiro del espaciador fijo bilateral, maxilar                                                                                                           | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1558      | Retiro del espaciador fijo bilateral, mandibular                                                                                                        | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D1575      | Espaciador tipo zapata distal, fijo, por cuadrante                                                                                                      | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
|            | Servicios de restauración                                                                                                                               |                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| D2140      | Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes                                                                                               | \$25                                                | sin costo                                        | dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes – 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 36 meses |
| D2150      | Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                              | \$30                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2160      | Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                             | \$40                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2161      | Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                     | \$45                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2330      | Resina compuesta, una superficie, anteriores                                                                                                            | \$30                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2331      | Resina compuesta, dos superficies, anteriores                                                                                                           | \$45                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2332      | Resina compuesta, tres superficies, anteriores                                                                                                          | \$55                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2335      | Resina compuesta, cuatro o más superficies                                                                                                              | \$60                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                          | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                                       |
|------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D2390      | Corona de resina compuesta, anterior | \$50                                                | sin costo                                        | dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                                      | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                                                                                                                       |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <b>Servicios de restauración (continuación)</b>                                                  |                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                    |
| D2391      | Resina compuesta, una superficie, posterior                                                      | \$30                                                | sin costo                                        | dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes – 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 36 meses |
| D2392      | Resina compuesta, dos superficies, posteriores                                                   | \$40                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2393      | Resina compuesta, tres superficies, posteriores                                                  | \$50                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2394      | Resina compuesta, cuatro o más superficies, posteriores                                          | \$70                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2542      | Onlay, metálico, dos superficies                                                                 | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2543      | Onlay, metálico, tres superficies                                                                | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2544      | Onlay, metálico, cuatro o más superficies                                                        | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2642      | Onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                                       | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2643      | Onlay, porcelana/cerámica, tres superficies                                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2644      | Onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies                                              | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2662      | Onlay, resina compuesta, dos superficies                                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2663      | Onlay, resina compuesta, tres superficies                                                        | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2664      | Onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies                                                | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2710      | Corona, resina compuesta (indirecta)                                                             | \$140                                               | sin costo                                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años,<br>a partir de los 13 años                                                                                                    |
| D2712      | Corona ¾, resina compuesta (indirecta)                                                           | \$190                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2720      | Corona, resina con metal de alta nobleza                                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2721      | Corona, resina con metal base predominante                                                       | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2722      | Corona, resina con metal noble                                                                   | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2740      | Corona, porcelana/cerámica                                                                       | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2750      | Corona, porcelana con metal de alta nobleza                                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2751      | Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente común                                    | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2752      | Corona, porcelana con metal noble                                                                | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2753      | Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2780      | Corona ¾, metal de alta nobleza                                                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2781      | Corona, ¾ metal base predominante fundido                                                        | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2782      | Corona ¾, metal noble                                                                            | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2783      | Corona ¾, porcelana/cerámica                                                                     | \$310                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2790      | Corona completa, metal de alta nobleza                                                           | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2791      | Corona completa, metal base predominante fundido                                                 | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2792      | Corona completa, metal noble                                                                     | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2794      | Corona, titanio y aleaciones de titanio                                                          | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                                                                                                    |
| D2910      | Recementación o reunión de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial              | \$25                                                | sin costo                                        | 1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                                                  |
| D2915      | Recementación o reunión de poste y espiga fabricados/prefabricados indirectamente                | \$25                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2920      | Recementación o reunión de corona                                                                | \$25                                                | sin costo                                        | después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor                                                                                                                                |
| D2921      | Reconexión de fragmento dental, borde incisal o cúspide                                          | \$45                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2928      | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente                                     | \$120                                               | sin costo                                        | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                                       |
| D2929      | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes primarios                                     | \$95                                                | sin costo                                        | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses                                                                                                                                                       |
| D2930      | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario                                         | \$65                                                | sin costo                                        | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses                                                                                                                                                       |
| D2931      | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente                                       | \$75                                                | sin costo                                        | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                                       |
| D2932      | Corona prefabricada de resina                                                                    | \$75                                                | sin costo                                        | dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes – 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses                                                             |
| D2933      | Corona prefabricada en acero inoxidable con ventana de resina                                    | \$80                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2940      | Restauración protectora                                                                          | \$25                                                | sin costo                                        | 1 (D2940) por diente cada 6 meses, por proveedor                                                                                                                                                   |
| D2941      | Restauración terapéutica provisional, dentadura primaria                                         | \$30                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2949      | Cimiento restaurativo para una restauración indirecta                                            | \$45                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2950      | Perno, incluye espiga cuando se necesite                                                         | \$20                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2951      | Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración                                       | \$25                                                | sin costo                                        | 1 (D2951) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2952      | Perno y muñón sumados a la corona, fabricados indirectamente                                     | \$100                                               | sin costo                                        | 1 (D2952) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2953      | Cada poste fabricado indirectamente adicional, mismo diente                                      | \$30                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2954      | Perno y muñón prefabricados sumados a la corona                                                  | \$90                                                | sin costo                                        | 1 (D2954) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2955      | Posterior a la extracción                                                                        | \$60                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2957      | Cada poste prefabricado adicional, mismo diente                                                  | \$35                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2971      | Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de dentadura parcial existente | \$35                                                | sin costo                                        |                                                                                                                                                                                                    |
| D2976      | Estabilización de banda, por diente                                                              | \$40                                                | \$40                                             |                                                                                                                                                                                                    |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                            | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                                        | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                              |
| D2980      | Reparación de corona necesaria por fallo de material de restauración                   | \$50                             | sin costo                     | después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor             |
| D2989      | Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad          | \$50                             | \$50                          |                                                                                              |
|            | Servicios de restauración (continuación)                                               |                                  |                               |                                                                                              |
| D2991      | Aplicación de medicamento de regeneración de hidroxiapatita, por diente                | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                              |
| D2999      | Procedimiento restaurador no especificado, según informe                               | \$40                             | sin costo                     |                                                                                              |
|            | Servicios de endodoncia                                                                |                                  |                               |                                                                                              |
| D3110      | Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final)                              | \$20                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3120      | Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final)                            | \$25                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3220      | Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)                              | \$40                             | sin costo                     | 1 (D3220) por diente primario                                                                |
| D3221      | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes                                 | \$40                             | sin costo                     | 1 (D3221) por diente                                                                         |
| D3222      | Pulpotomía parcial, apexogénesis, diente permanente, raíz incompleta                   | \$60                             | sin costo                     | 1 (D3222) por diente                                                                         |
| D3230      | Terapia pulpar, diente anterior, primario (no incluye la restauración final)           | \$55                             | sin costo                     | 1 de (D3230, D3240) por diente                                                               |
| D3240      | Terapia pulpar, diente posterior, primario (no incluye la restauración final)          | \$55                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3310      | Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye la restauración final)                | \$195                            | sin costo                     | 1 de (D3310, D3320, D3330) por diente                                                        |
| D3320      | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final)                | \$235                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3330      | Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final)                          | \$300                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3331      | Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico                           | \$50                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3332      | Terapia endodóntica incompleta, inoperable, no restaurable, diente fracturado          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3333      | Reparación interna de fallas de perforación                                            | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3346      | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, anterior                            | \$240                            | sin costo                     | 1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial                                 |
| D3347      | Retratamiento de la terapia de conducto anterior, premolar                             | \$295                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3348      | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, molar                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3351      | Recalcificación/apexificación, consulta inicial                                        | \$85                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3352      | Recalcificación/apexificación, reemplazo del medicamento provisional                   | \$45                             | sin costo                     | 1 (D3352) por diente                                                                         |
| D3353      | Recalcificación/apexificación, consulta final                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3410      | Apicectomía, anterior                                                                  | \$240                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3421      | Apicectomía, premolar (primera raíz)                                                   | \$250                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3425      | Apicoectomía, molar (primera raíz)                                                     | \$275                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3426      | Apicoectomía (cada raíz adicional)                                                     | \$110                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3428      | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, por diente, un solo sitio          | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3429      | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, cada diente adicional, mismo sitio | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3430      | Relleno retrógrado, por raíz                                                           | \$90                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3431      | Materiales biológicos, regeneración de tejidos óseos suaves con cirugía periradicular  | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3432      | Regeneración tisular guiada, por sitio, con cirugía periradicular                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3450      | Amputación de raíz, por raíz                                                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3471      | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, anterior                            | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3472      | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, premolar                            | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3473      | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, molar                               | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3910      | Procedimiento quirúrgico para aislar al diente con dique de goma                       | \$30                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3920      | Hemisección, no incluye terapia de conducto                                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3950      | Preparación del conducto y ajuste de la clavija o poste preformado                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3999      | Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe                             | \$100                            | sin costo                     |                                                                                              |
|            | Servicios periodontales                                                                |                                  |                               |                                                                                              |
| D4210      | Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante                     | \$150                            | sin costo                     | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4211      | Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante                    | \$50                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D4240      | Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante                  | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4241      | Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante                 | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4249      | Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro                                      | \$165                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D4260      | Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante                                       | \$265                            | sin costo                     | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4261      | Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante                                      | \$140                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D4263      | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante       | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4264      | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional          | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4265      | Materiales biológicos para ayudar a regenerar tejido suave y óseo, por sitio           | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D4266      | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT                                                                                                | Descripción                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                           |                                                                                                       | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                              |
| D4267                                                                                                     | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4270                                                                                                     | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4273                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente                                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4275                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente                                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                           | <b>Servicios periodontales (continuación)</b>                                                         |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D4283                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4285                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio                             | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4286                                                                                                     | Extracción de la barrera no reabsorbible                                                              | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                             |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| Se permiten un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día. |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D4341                                                                                                     | Limpieza periodontal y raspado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante                          | \$55                             | sin costo                     | 1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años                                                                                                                               |
| D4342                                                                                                     | Limpieza periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante                         | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4346                                                                                                     | Limpieza en presencia de inflamación moderada o severa, boca completa luego de evaluación             | \$40                             | sin costo                     | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                                                                                                                      |
| D4355                                                                                                     | Full mouth debridement to enable comprehensive periodontal evaluation and diagnosis, subsequent visit | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4381                                                                                                     | Aplicación localizada de agentes antimicrobianos/por diente                                           | \$10                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4910                                                                                                     | Mantenimiento periodontal                                                                             | \$30                             | sin costo                     | 1 (D4910) cada 3 meses                                                                                                                                                                                       |
| D4920                                                                                                     | Cambio de vendaje no programado (que no sea el dentista o el personal tratante)                       | \$15                             | sin costo                     | 1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años                                                                                                                                                |
| D4999                                                                                                     | Procedimiento periodontal sin especificar, según informe                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                           | <b>Servicios prostodónticos removibles</b>                                                            |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D5110                                                                                                     | Prótesis dental completa, maxilar                                                                     | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa. |
| D5120                                                                                                     | Prótesis dental completa, mandibular                                                                  | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5130                                                                                                     | Prótesis inmediata, maxilar                                                                           | \$300                            | sin costo                     | 1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.                     |
| D5140                                                                                                     | Prótesis inmediata, mandibular                                                                        | \$300                            | sin costo                     | 1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.                     |
| D5211                                                                                                     | Prótesis dental parcial maxilar, con base de resina                                                   | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa. |
| D5212                                                                                                     | Prótesis dental parcial mandibular, base de resina                                                    | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5213                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar, base de metal, base de resina                                               | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5214                                                                                                     | Prótesis dental parcial mandibular de metal, con base de resina                                       | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5221                                                                                                     | Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina                                                   | \$275                            | sin costo                     | 1 de (D5221-D5224) por arco por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.   |
| D5222                                                                                                     | Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina                                                | \$275                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5223                                                                                                     | Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura            | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5224                                                                                                     | Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura         | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5225                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar, base flexible                                                               | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5226                                                                                                     | Prótesis parcial mandibular, base flexible                                                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5227                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar inmediata, base flexible                                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5228                                                                                                     | Prótesis parcial mandibular inmediata, base flexible                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5282                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, maxilar                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5283                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, mandibular                        | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5284                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removable, base flexible de una pieza, por cuadrante                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5286                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removable, resina de una pieza, por cuadrante                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5410                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental completa, maxilar                                                           | \$20                             | sin costo                     | 2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses,<br>1 por arco por proveedor por fecha de servicio                                                                                                                 |
| D5411                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental completa, mandibular                                                        | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5421                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar                                                            | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5422                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular                                                       | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5511                                                                                                     | Reparación de base rota de prótesis dental completa, mandibular                                       | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5511) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5512                                                                                                     | Reparación de base rota de prótesis dental completa, maxilar                                          | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5512) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5520                                                                                                     | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa                                      | \$40                             | sin costo                     | hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12                                                                                                             |
| D5611                                                                                                     | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular                                | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5611) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5612                                                                                                     | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, maxilar                                   | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5621                                                                                                     | Reparación del marco parcial del molde, mandibular                                                    | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5622                                                                                                     | Reparación del marco parcial del molde, maxilar                                                       | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5622) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                    | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                                             |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                                | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5630      | Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente      | \$50                             | sin costo                     | 3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                         |
| D5640      | Reemplazo de dientes rotos, por diente                                         | \$35                             | sin costo                     | 4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                         |
| D5650      | Adición de un diente a la prótesis dental parcial existente                    | \$35                             | sin costo                     | 3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente                                                                                                                                                     |
| D5660      | Adición de un retenedor a la prótesis dental parcial existente, por diente     | \$60                             | sin costo                     | 3 (D5660) por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                                   |
| D5670      | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, maxilar         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5671      | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, mandibular      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5710      | Reajuste de prótesis dental maxilar completa                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
|            | Servicios de prostodoncia removible (continuación)                             |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5711      | Reajuste de prótesis dental mandibular completa                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5720      | Reajuste de prótesis dental maxilar parcial                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5721      | Reajuste de prótesis dental mandibular parcial                                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5730      | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, directa                           | \$60                             | sin costo                     | 1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones. |
| D5731      | Recubrimiento de dentadura mandibular completa, directa                        | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5740      | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, directa                            | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5741      | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, directa                         | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5750      | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, indirecta                         | \$90                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5751      | Recubrimiento de dentadura mandibular completa, indirecta                      | \$90                             | sin costo                     | 1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones. |
| D5760      | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, indirecta                          | \$80                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5761      | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, indirecta                       | \$80                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5850      | Acondicionamiento de tejido, maxilar                                           | \$30                             | sin costo                     | 2 (D5850) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5851      | Acondicionamiento de tejido, mandibular                                        | \$30                             | sin costo                     | 2 (D5851) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5862      | Aditamentos de precisión, según informe                                        | \$90                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5863      | Sobredentadura, completa, maxilar                                              | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.             |
| D5864      | Sobredentadura, parcial, maxilar                                               | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5865      | Sobredentadura, completa, mandibular                                           | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5866      | Sobredentadura, parcial, mandibular                                            | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5876      | Agregar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco) | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5899      | Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar, según informe         | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
|            | Servicios maxilofaciales protésicos                                            |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5911      | Creación de molde facial (seccional)                                           | \$285                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5912      | Creación de molde facial (completo)                                            | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5913      | Prótesis nasal                                                                 | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5914      | Prótesis auricular                                                             | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5915      | Prótesis orbital                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5916      | Prótesis ocular                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5919      | Prótesis facial                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5922      | Prótesis nasal septal                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5923      | Prótesis ocular, temporal                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5924      | Prótesis craneal                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5925      | Prótesis de implante de aumento facial                                         | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5926      | Prótesis nasal, reemplazo                                                      | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5927      | Prótesis auricular, sustitución                                                | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5928      | Prótesis orbital, reemplazo                                                    | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5929      | Prótesis facial, reemplazo                                                     | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5931      | Prótesis de obturador, quirúrgica                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5932      | Prótesis de obturador, definitiva                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5933      | Prótesis de obturador, modificación                                            | \$150                            | sin costo                     | 2 (D5933) cada 12 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5934      | Prótesis de resección mandibular con brida guía                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5935      | Prótesis de resección mandibular sin brida guía                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5936      | Prótesis de obturador, temporal                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5937      | Aparato trismo (no para tratamiento de DTM)                                    | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5951      | Alimentador                                                                    | \$135                            | sin costo                     | menores de 18 años                                                                                                                                                                                                       |
| D5952      | Prótesis para el habla, pediátrica                                             | \$350                            | sin costo                     | menores de 18 años                                                                                                                                                                                                       |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código<br>CDT | Descripción                                                                                     | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                 | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                        |
| D5953         | Prótesis para el habla, adulto                                                                  | \$350                            | sin costo                     | a partir de los 18 años                                                                                |
| D5954         | Prótesis de aumento de paladar                                                                  | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5955         | Prótesis de elevación de paladar, definitiva                                                    | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5958         | Prótesis de elevación de paladar, temporal                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5959         | Prótesis de elevación de paladar, modificación                                                  | \$145                            | sin costo                     | 2 (D5959) cada 12 meses                                                                                |
| D5960         | Prótesis para el habla, modificación                                                            | \$145                            | sin costo                     | 2 (D5960) cada 12 meses                                                                                |
| D5982         | Stent quirúrgico                                                                                | \$70                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5983         | Portador de radiación                                                                           | \$55                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5984         | Protector de radiación                                                                          | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5985         | Cono localizador de radiación                                                                   | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                        |
|               | <b>Servicios maxilofaciales protésicos (continuación)</b>                                       |                                  |                               |                                                                                                        |
| D5986         | Portador de gel de flúor                                                                        | \$35                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5987         | Férula de comisura                                                                              | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5988         | Férula quirúrgica                                                                               | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5991         | Portador de medicamentos para enfermedades de la piel                                           | \$70                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5999         | Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe                                            | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
|               | <b>Servicios de implantes</b>                                                                   |                                  |                               |                                                                                                        |
| D6010         | Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, endosteal                                        | \$350                            | sin costo                     | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales |
| D6011         | Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante de segunda etapa)                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6012         | Implantación quirúrgica de implante provisional, prótesis transitoria: implante endoóseo        | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6013         | Colocación quirúrgica de mini implante                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6040         | Implante quirúrgico: implante endosteal                                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6050         | Implante quirúrgico: implante transóseo                                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6055         | Barra conectora, soporte de implante o de pilar                                                 | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6056         | Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación                                         | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6057         | Pilar fabricado a la medida, incluye colocación                                                 | \$180                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6058         | Corona de porcelana/cerámica c/soporte                                                          | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6059         | Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte                              | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6060         | Corona de porcelana fundida sobre metal base, con soporte                                       | \$295                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6061         | Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte                                      | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6062         | Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza                                                | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6063         | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal base                                        | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6064         | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal noble                                       | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6065         | Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte                                            | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6066         | Corona con soporte de implante, porcelana con aleaciones altamente nobles                       | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6067         | Corona con soporte de implante, aleaciones altamente nobles                                     | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6068         | Retenedor para PFP de porcelana/cerámica                                                        | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6069         | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal, alta nobleza                                      | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6070         | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal base                                 | \$290                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6071         | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal noble                                | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6072         | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, alta nobleza                              | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6073         | Retenedor para PFP de metal, metal base                                                         | \$290                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6074         | Retenedor para PFP de metal, metal noble                                                        | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6075         | Retenedor con soporte de implante para PFP de cerámica                                          | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6076         | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6077         | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones altamente nobles                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6080         | Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis retiradas/reinsertadas, incluye limpieza | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6081         | Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante           | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6082         | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base       | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6083         | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles                       | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6084         | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio         | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6085         | Implante de corona provisional                                                                  | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6086         | Corona con soporte de implante, con aleaciones predominantemente base                           | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6087         | Corona con soporte de implante, aleaciones nobles                                               | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                                                               | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D6088      | Corona con soporte de implante, titanio y aleaciones de titanio                                                           | \$340                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6089      | Acceso y reaseguramiento de tornillos de implante sueltos, por tornillo                                                   | \$60                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6090      | Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe                                                             | \$65                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6091      | Pieza de repuesto de semiprecisión, precisión, prótesis con soporte de implante/pilar, por aditamento                     | \$40                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6092      | Recementación o reunión del implante/estructura con corona de soporte                                                     | \$25                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6093      | Recementación o reunión del implante/estructura con PFP de soporte                                                        | \$35                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6094      | Corona con soporte pilar, titanio y aleaciones de titanio                                                                 | \$295                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6095      | Reparación de soporte de implante, según informe                                                                          | \$65                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6096      | Extracción del tornillo de retención del implante roto                                                                    | \$60                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6097      | Corona con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                      | \$315                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6098      | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base                              | \$330                                               | sin costo                                        | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales |
| D6099      | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones nobles                                     | \$330                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6100      | Extracción quirúrgica del cuerpo del implante                                                                             | \$110                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
|            | Servicios de implantes (continuación)                                                                                     |                                                     |                                                  |                                                                                                        |
| D6105      | Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo                           | \$110                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6110      | Dentadura removible con implante/soporte, maxilar                                                                         | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6111      | Dentadura removible con implante/soporte, mandibular                                                                      | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6112      | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, maxilar                                                                | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6113      | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, mandibular                                                             | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6114      | Dentadura fija con implante/soporte, maxilar                                                                              | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6115      | Dentadura fija con implante/soporte, mandibular                                                                           | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6116      | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, maxilar                                                                     | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6117      | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, mandibular                                                                  | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6118      | Dentadura fija provisional con implante/soporte, mandibular                                                               | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6119      | Dentadura fija provisional con implante/soporte, maxilar                                                                  | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6120      | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                | \$330                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6121      | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones predominantemente base                                    | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6122      | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones nobles                                                    | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6123      | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio                                      | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6190      | Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe                                                                 | \$75                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6191      | Pilar de semiprecisión, colocación                                                                                        | \$350                                               | sin costo                                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años           |
| D6192      | Aditamento de semiprecisión, colocación                                                                                   | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6194      | Corona de retención con soporte pilar para PPF de titanio, titanio y aleaciones de titanio                                | \$265                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6195      | Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                   | \$315                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6197      | Reemplazo de material de restauración, apertura de acceso cercano de prótesis implantosoportada atornillada, por implante | \$95                                                | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6198      | Retire el componente del implante provisional                                                                             | \$110                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6199      | Procedimiento de implante no especificado, según informe                                                                  | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
|            | Servicios de prostodónticos fijos                                                                                         |                                                     |                                                  |                                                                                                        |
| D6205      | Póntico de compuesto a base de resina, indirecto                                                                          | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6210      | Póntico de metal de alta nobleza                                                                                          | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6211      | Póntico con metal base predominante fundido                                                                               | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6212      | Póntico de metal noble                                                                                                    | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6214      | Póntico, titanio y aleaciones de titanio                                                                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6240      | Póntico de porcelana fundido con metal de alta nobleza                                                                    | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6241      | Póntico de porcelana con metal base predominante                                                                          | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6242      | Póntico de porcelana con metal noble                                                                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6243      | Póntico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                                          | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6245      | Póntico de porcelana/cerámica                                                                                             | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6250      | Póntico de resina con metal de alta nobleza                                                                               | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6251      | Póntico de resina con metal base predominante                                                                             | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                        |
| D6252      | Póntico de resina con metal noble                                                                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6545      | Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina                                                                 | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |
| D6548      | Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija unida con resina                                                             | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                        |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT                                                                                                                   | Descripción                                                                                  | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D6549                                                                                                                        | Retenedor de resina, para prótesis fijas retenidas por resina                                | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6608                                                                                                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6609                                                                                                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, tres o más superficies                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6610                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, dos superficies                              | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6611                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies                       | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6612                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, dos superficies                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6613                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, tres o más superficies                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6614                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, dos superficies                                        | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6615                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, tres o más superficies                                 | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6634                                                                                                                        | Retenedor onlay, titanio                                                                     | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6710                                                                                                                        | Corona de retención, compuesto de resina base indirecta                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6720                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal de alta nobleza                                        | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6721                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal base predominante                                      | \$300                                               | sin costo                                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años,<br>a partir de los 13 años |
| D6722                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal noble                                                  | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6740                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana/cerámica                                                      | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
|                                                                                                                              | <b>Servicios de prostodoncia fija (continuación)</b>                                         |                                                     |                                                  |                                                                                                 |
| D6750                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana con metal de alta nobleza                                     | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6751                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con metal base predominante                           | \$300                                               | sin costo                                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años,<br>a partir de los 13 años |
| D6752                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fusionada con metal noble                                     | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6753                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                 | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6781                                                                                                                        | Corona de retención, ¾ metal base predominante                                               | \$300                                               | sin costo                                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años,<br>a partir de los 13 años |
| D6782                                                                                                                        | Corona de retención, ¾ metal noble fundido                                                   | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6783                                                                                                                        | Corona de retención ¾, porcelana/cerámica                                                    | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D6784                                                                                                                        | Corona de retención ¾, titanio y aleaciones de titanio                                       | \$300                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D6791                                                                                                                        | Corona de retención, metal base predominante completo                                        | \$300                                               | sin costo                                        | 1 of (D2710-D2791, D6211-D6791) per tooth every 5 year period age 13 and over                   |
| D6794                                                                                                                        | Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio                                         | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D6930                                                                                                                        | Recementación o reunión de prótesis dental parcial fija                                      | \$40                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D6980                                                                                                                        | Reparación de prótesis dental parcial fija, falla de material de restauración                | \$95                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D6999                                                                                                                        | Procedimiento de prostodoncia fijo sin especificar, según informe                            | \$350                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
|                                                                                                                              | <b>Servicios orales y maxilofaciales</b>                                                     |                                                     |                                                  |                                                                                                 |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                                                |                                                                                              |                                                     |                                                  |                                                                                                 |
| La extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas es un beneficio cubierto solamente cuando hay prueba de una patología |                                                                                              |                                                     |                                                  |                                                                                                 |
| D7111                                                                                                                        | Extracción, residuos coronales, dientes primarios                                            | \$40                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7140                                                                                                                        | Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta                                             | \$65                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7210                                                                                                                        | Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso y/o seccionamiento del diente | \$120                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7220                                                                                                                        | Extracción de un diente impactado, tejido blando                                             | \$95                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7230                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea parcial                             | \$145                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7240                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea completa                            | \$160                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7241                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención total en el hueso, complicación               | \$175                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7250                                                                                                                        | Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)                          | \$80                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7260                                                                                                                        | Cierre de fístula oroantral                                                                  | \$280                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7261                                                                                                                        | Cierre primario de una perforación de los senos                                              | \$285                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7270                                                                                                                        | Reimplantación y/o estabilización de dientes, accidente                                      | \$185                                               | sin costo                                        | 1 (D7270) por arco                                                                              |
| D7280                                                                                                                        | Exposición de un diente no erupcionado                                                       | \$220                                               | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7283                                                                                                                        | Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación                                 | \$85                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7284                                                                                                                        | Biopsia excisional de glándulas salivales menores                                            | \$115                                               | \$115                                            |                                                                                                 |
| D7285                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)                                      | \$180                                               | sin costo                                        | 1 (D7285) por arco, por fecha de servicio                                                       |
| D7286                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, blando                                                    | \$110                                               | sin costo                                        | hasta 3 (D7286) por fecha de servicio                                                           |
| D7287                                                                                                                        | Recolección exfoliativa de muestra citológica                                                | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D7288                                                                                                                        | Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial                                   | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                 |
| D7290                                                                                                                        | Reposicionamiento quirúrgico de un diente                                                    | \$185                                               | sin costo                                        | 1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                              |
| D7291                                                                                                                        | Fibrotomía supra crestal/transeptal, según informe                                           | \$80                                                | sin costo                                        | 1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                              |
| D7310                                                                                                                        | Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                          | \$85                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |
| D7311                                                                                                                        | Alveoloplastia con extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                            | \$50                                                | sin costo                                        |                                                                                                 |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT | Descripción                                                                        | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                     |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|
|            |                                                                                    | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                  |
| D7320      | Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                | \$120                            | sin costo                     |                                                  |
| D7321      | Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                  | \$65                             | sin costo                     |                                                  |
| D7340      | Vestibuloplastia, extensión de superficie (2.º epitelización)                      | \$350                            | sin costo                     | 1 (D7340) por arco cada 5 años                   |
| D7350      | Vestibuloplastia, extensión de superficie                                          | \$350                            | sin costo                     | 1 (D7350) por arco                               |
| D7410      | Excisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm                                        | \$75                             | sin costo                     |                                                  |
| D7411      | Excisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm                                         | \$115                            | sin costo                     |                                                  |
| D7412      | Excisión de lesión benigna, complicada                                             | \$175                            | sin costo                     |                                                  |
| D7413      | Excisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm                                        | \$95                             | sin costo                     |                                                  |
| D7414      | Excisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm                                         | \$120                            | sin costo                     |                                                  |
| D7415      | Excisión de lesión maligna, complicada                                             | \$255                            | sin costo                     |                                                  |
| D7440      | Excisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm                                         | \$105                            | sin costo                     |                                                  |
| D7441      | Excisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm                                          | \$185                            | sin costo                     |                                                  |
| D7450      | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                     | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7451      | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm                      | \$330                            | sin costo                     |                                                  |
| D7460      | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                  | \$155                            | sin costo                     |                                                  |
| D7461      | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor de 1.25 cm                  | \$250                            | sin costo                     |                                                  |
| D7465      | Destrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe              | \$40                             | sin costo                     |                                                  |
| D7471      | Remoción de exostosis, maxilar o mandibular                                        | \$140                            | sin costo                     | 1 (D7471) por cuadrante                          |
|            | Servicios orales y maxilofaciales (continuación)                                   |                                  |                               |                                                  |
| D7472      | Extracción del rodete palatino ( <i>torus palatinus</i> )                          | \$145                            | sin costo                     | 1 (D7472) de por vida                            |
| D7473      | Extracción del rodete mandibular ( <i>torus mandibularis</i> )                     | \$140                            | sin costo                     | 1 (D7473) por cuadrante                          |
| D7485      | Reducción de tuberosidad ósea                                                      | \$105                            | sin costo                     | 1 (D7485) por cuadrante                          |
| D7490      | Resección radical maxilar o mandibular                                             | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7509      | Marsupialización de quiste odontogénico                                            | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7510      | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral                             | \$70                             | sin costo                     | 1 (D7510) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7511      | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado                 | \$70                             | sin costo                     | 1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7520      | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral                             | \$70                             | sin costo                     | 1 (D7530) por fecha de servicio                  |
| D7521      | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado                 | \$80                             | sin costo                     |                                                  |
| D7530      | Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido                                   | \$45                             | sin costo                     |                                                  |
| D7540      | Remoción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético   | \$75                             | sin costo                     |                                                  |
| D7550      | Ostectomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital              | \$125                            | sin costo                     |                                                  |
| D7560      | Sinusotomía maxilar para la remoción del fragmento de diente o un cuerpo extraño   | \$235                            | sin costo                     |                                                  |
| D7610      | Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                         | \$140                            | sin costo                     |                                                  |
| D7620      | Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                         | \$250                            | sin costo                     |                                                  |
| D7630      | Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7640      | Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7650      | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7660      | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7670      | Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes                | \$170                            | sin costo                     |                                                  |
| D7671      | Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes                | \$230                            | sin costo                     |                                                  |
| D7680      | Huesos faciales, reducción complicada con fijación, múltiples enfoques quirúrgicos | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7710      | Maxilar, reducción abierta                                                         | \$110                            | sin costo                     |                                                  |
| D7720      | Maxilar, reducción cerrada                                                         | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7730      | Mandíbula, reducción abierta                                                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7740      | Mandíbula, reducción cerrada                                                       | \$290                            | sin costo                     |                                                  |
| D7750      | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                         | \$220                            | sin costo                     |                                                  |
| D7760      | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7770      | Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes                           | \$135                            | sin costo                     |                                                  |
| D7771      | Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes                           | \$160                            | sin costo                     |                                                  |
| D7780      | Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples enfoques            | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7810      | Reducción abierta de dislocación                                                   | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7820      | Reducción cerrada de dislocación                                                   | \$80                             | sin costo                     |                                                  |
| D7830      | Manipulación bajo anestesia                                                        | \$85                             | sin costo                     |                                                  |
| D7840      | Condilectomía                                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                  |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código<br>CDT | Descripción                                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|
|               |                                                                                                                       | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                           |
| D7850         | Discectomía quirúrgica, con/sin implante                                                                              | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7852         | Reparación de disco                                                                                                   | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7854         | Sinovectomía                                                                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7856         | Miotomía                                                                                                              | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7858         | Reconstrucción de articulación                                                                                        | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7860         | Artrotomía                                                                                                            | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7865         | Artroplastia                                                                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7870         | Artrocentesis                                                                                                         | \$90                             | sin costo                     |                                           |
| D7871         | Lisis y lavado no artroscópicos                                                                                       | \$150                            | sin costo                     |                                           |
| D7872         | Artroscopia, diagnóstico, con o sin biopsia                                                                           | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7873         | Artroscopia: lavado y lisis de adherencias                                                                            | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7874         | Artroscopia: reposicionamiento de disco y estabilización                                                              | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7875         | Artroscopia: sinovectomía                                                                                             | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7876         | Artroscopia: discectomía                                                                                              | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7877         | Artroscopia: desbridamiento                                                                                           | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7880         | Dispositivo ortopédico oclusal, según informe                                                                         | \$120                            | sin costo                     |                                           |
| D7881         | Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal                                                                              | \$30                             | sin costo                     |                                           |
| D7899         | Terapia DTM especificada, según informe                                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7910         | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm                                                                    | \$35                             | sin costo                     |                                           |
| D7911         | Sutura complicada, hasta 5 cm                                                                                         | \$55                             | sin costo                     |                                           |
| D7912         | Sutura complicada, más de 5 cm                                                                                        | \$130                            | sin costo                     |                                           |
|               | <b>Servicios orales y maxilofaciales (continuación)</b>                                                               |                                  |                               |                                           |
| D7920         | Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)                                           | \$120                            | sin costo                     |                                           |
| D7922         | Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o el coágulo, estabilización, por sitio | \$80                             | sin costo                     |                                           |
| D7939         | Indexación para osteotomía utilizando navegación dinámica o navegación asistida por robot                             | \$350                            | sin cobertura                 |                                           |
| D7940         | Osteoplastia, para deformidades ortognáticas                                                                          | \$160                            | sin costo                     |                                           |
| D7941         | Osteotomía, ramas mandibulares                                                                                        | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7943         | Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto                                     | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7944         | Osteotomía, segmentado o subapical                                                                                    | \$275                            | sin costo                     |                                           |
| D7945         | Osteotomía, cuerpo de la mandíbula                                                                                    | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7946         | LeFort I (maxilar, total)                                                                                             | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7947         | LeFort I (maxilar, segmentada)                                                                                        | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7948         | LeFort II o LeFort III sin injerto óseo                                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7949         | LeFort II o LeFort III con injerto óseo                                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7950         | Injerto óseo, osteoperiosteal, de cartílago, mandibular o maxilar, según informe                                      | \$190                            | sin costo                     |                                           |
| D7951         | Aumento sinusal con huesos o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral                               | \$290                            | sin costo                     |                                           |
| D7952         | Aumento sinusal a través de un enfoque vertical                                                                       | \$175                            | sin costo                     |                                           |
| D7955         | Reparación de defecto de tejido maxilofacial suave o duro                                                             | \$200                            | sin costo                     |                                           |
| D7956         | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera reabsorbible, por sitio                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                           |
| D7957         | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera no reabsorbible, por sitio                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                           |
| D7961         | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)                                                                              | \$120                            | sin costo                     | 1 (D7961) por arco, por fecha de servicio |
| D7962         | Frenectomía lingual (frenulectomía)                                                                                   | \$120                            | sin costo                     | 1 (D7962) por arco, por fecha de servicio |
| D7963         | Frenuloplastia                                                                                                        | \$120                            | sin costo                     | 1 (D7963) por arco, por fecha de servicio |
| D7970         | Excisión del tejido hiperplástico, por arco                                                                           | \$175                            | sin costo                     | 1 (D7970) por arco, por fecha de servicio |
| D7971         | Excisión de encía pericoronar                                                                                         | \$80                             | sin costo                     |                                           |
| D7972         | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa                                                                           | \$100                            | sin costo                     | 1 (D7972) por arco, por fecha de servicio |
| D7979         | Sialolitotomía no quirúrgica                                                                                          | \$155                            | sin costo                     |                                           |
| D7980         | Sialolitotomía quirúrgica                                                                                             | \$155                            | sin costo                     |                                           |
| D7981         | Excisión de glándula salival, según informe                                                                           | \$120                            | sin costo                     |                                           |
| D7982         | Sialodocoplastia                                                                                                      | \$215                            | sin costo                     |                                           |
| D7983         | Cierre de fístula salival                                                                                             | \$140                            | sin costo                     |                                           |
| D7990         | Traqueotomía de emergencia                                                                                            | \$350                            | sin costo                     |                                           |
| D7991         | Coronoidectomía                                                                                                       | \$345                            | sin costo                     |                                           |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código CDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Descripción                                                                                          | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad                                                                                 | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad                                                                                      | Limitaciones                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| D7995                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Injerto sintético, huesos de mandíbula o faciales, según informe                                     | \$150                                                                                                                               | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D7997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Remoción de aparato (no por el dentista que lo colocó), incluye la remoción de la barra del arco     | \$60                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D7997) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe                                        | \$350                                                                                                                               | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Servicios ortodónticos                                                                               |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| Para el plan dental pediátrico, el tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental SOLAMENTE cuando las necesidades de ortodoncia del paciente cumplen con los requisitos médicos según se determina por una calificación verificada de 26 o más (u otra condición que califique) en el análisis Índice de Maloclusiones Labio-Linguales (HLD). Todo tratamiento debe ser previamente autorizado por el Plan antes de la colocación de bandas.                                                                                                                                                                  |                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8080                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente                                       | \$1,000 por curso de tratamiento, independiente-mente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan | sin costo por curso de tratamiento, independiente-mente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan | a partir de los 13 años                                                |
| D8210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Terapia de aparato removible                                                                         |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años                                 |
| D8220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Terapia de aparato fijo                                                                              |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años                                 |
| D8660                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Examen de tratamiento pre-ortodóncico para monitorear el crecimiento y el desarrollo                 |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6                              |
| D8670                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 (D8670) por trimestre calendario                                     |
| D8680                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Retención ortodóncica (retiro de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención) |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico |
| D8681                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ajuste de retenedor removible de ortodoncia                                                          |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8696                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar                                                         |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 de (D8696, D8697) por arco, por aparato                              |
| D8697                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8698                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Recementación o reunión del retenedor fijo, maxilar                                                  |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor                            |
| D8699                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Recementación o reunión del retenedor fijo, mandibular                                               |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar                                       |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8702                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular                                    |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8703                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reemplazo del retenedor perdido o roto, maxilar                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 1 de (D8703, D8704) por arco                                           |
| D8704                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reemplazo del retenedor perdido o roto, mandibular                                                   |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D8999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Procedimiento de ortodoncia no especificado, según informe                                           |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Servicios auxiliares generales                                                                       |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D9110                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta                                                 | \$30                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9110) por fecha de servicio                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Servicios auxiliares generales (continuación)                                                        |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D9120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Seccionamiento de dentadura parcial fija                                                             | \$95                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                          | \$10                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9210) por fecha de servicio                                        |
| D9211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia por bloqueo regional                                                                       | \$20                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| PAUTA:<br>La sedación profunda y la sedación consciente IV son beneficios cubiertos cuando se documenta que la anestesia local no es posible, en casos como una discapacidad mental o física grave, procedimientos quirúrgicos extensos, un niño que no coopera, una infección aguda en el sitio de la inyección o la falla de un anestésico local para controlar el dolor. Los servicios cubiertos cuando se suministran en un consultorio dental por un profesional que actúa dentro del campo de acción de su acreditación. La aprensión y/o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente. |                                                                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                       |                                                                        |
| D9212                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia por bloqueo de división del trigémino                                                      | \$60                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9215                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                             | \$15                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9219                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general                             | \$45                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9222                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sedación profunda/anestesia general, incremento los primeros 15 minutos                              | \$45                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9223                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sedación profunda/anestesia general, incremento subsiguiente cada 15 minutos                         | \$45                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis                                                    | \$15                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9239                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento los primeros 15 minutos             | \$60                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9243                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento subsiguiente cada 15 minutos        | \$60                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9248                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa              | \$65                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulta, aparte de solicitar un dentista                                                            | \$50                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9311                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Consulta con un profesional de atención médica                                                       | sin costo                                                                                                                           | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Llamado telefónico al hogar/centro de cuidado extendido                                              | \$50                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio                                                | \$135                                                                                                                               | sin costo                                                                                                                             |                                                                        |
| D9430                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Visitas al consultorio, observación, horas regulares, no incluye otros servicios                     | \$20                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor                         |
| D9440                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Visitas al consultorio, después del horario de atención regular                                      | \$45                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor                         |
| D9450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Presentación de caso, planificación posterior, detallada y exhaustiva del tratamiento                | sin cobertura                                                                                                                       | sin cobertura                                                                                                                         |                                                                        |
| D9610                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Droga parenteral terapéutica, una sola dosis                                                         | \$30                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 4 (D9610) por fecha de servicio                                        |
| D9612                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos.         | \$40                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 4 (D9612) por fecha de servicio                                        |
| D9910                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Aplicación de medicamento desensibilizante                                                           | \$20                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes      |
| D9930                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tratamiento de complicaciones, poscirugía, inusual, según informe                                    | \$35                                                                                                                                | sin costo                                                                                                                             | 1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor                         |
| D9942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal                                                   | sin cobertura                                                                                                                       | sin cobertura                                                                                                                         |                                                                        |
| D9943                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ajuste de guarda oclusal                                                                             | sin cobertura                                                                                                                       | sin cobertura                                                                                                                         |                                                                        |

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

| Código<br>CDT | Descripción                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                       | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                        |
| D9944         | Protector oclusal, aparato duro, arco completo                                                        | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D9945         | Protector oclusal, aparato suave, arco completo                                                       | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D9946         | Protector oclusal, aparato duro, arco parcial                                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D9950         | Análisis de oclusión, modelos montados en articulador                                                 | \$120                            | sin costo                     | 1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                       |
| D9951         | Ajuste de oclusión, limitado                                                                          | \$45                             | sin costo                     | 1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses, por proveedor, a partir de los 13 años                          |
| D9952         | Ajuste de oclusión, completo                                                                          | \$210                            | sin costo                     | 1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                       |
| D9995         | Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real                                                 | sin costo                        | sin costo                     | En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teledentistry, sería ofrecido sin costo alguno. |
| D9996         | Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                        |
| D9997         | Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica                    | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                        |
| D9999         | Procedimiento complementario no especificado, según informe                                           | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                        |

Beneficios pediátricos - Niños de 0 a 19 años de edad

El pago de los servicios opcionales o que no están cubiertos por la póliza no se contabilizará para el máximo gasto de bolsillo, y el pago de dichos servicios se seguirá aplicando después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo anual.



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - L.A. Care Covered Bronze 60 - Costos compartidos limitados

**Exclusiones generales:**

---

1. Los servicios que, en opinión del dentista tratante, no son necesarios para la salud dental del miembro.
2. Los procedimientos, dispositivos o restauraciones para corregir deformidades congénitas o evolutivas no están cubiertos en los beneficios, salvo que haya sido específicamente detallado anteriormente en la sección “Beneficios”.
3. Atención dental cosmética.
4. Procedimientos experimentales o de investigación, incluyendo cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamento, instalación o uso de instalación, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivo o suministros, que no son reconocidos dentro de las normas profesionales dentales aceptadas generalmente, o cuya seguridad y eficacia no haya sido determinada para el uso en particular para la cual ha sido recomendada o indicada.
5. Los servicios prestados a los miembros sin costo, ya sea por el gobierno estatal o una agencia del mismo, por cualquier municipalidad, condado o por otras subdivisiones.
6. Los costos hospitalarios de cualquier tipo no están cubiertos por el plan dental. Consulte la Evidencia de Cobertura de su Plan de Salud para obtener información sobre beneficios.
7. Cirugía mayor por fracturas o dislocaciones.
8. Extravío o robo de prótesis dentales o puentes.
9. Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de finalizada la cobertura o antes de la fecha en que el miembro fuera elegible para tales servicios.
10. Cualquier servicio no detallado específicamente como un beneficio cubierto a menos que el servicio califique bajo el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).
11. Tumores malignos.
12. Suministro de medicamentos no proporcionados normalmente en consultorio dental.
13. Costos de tratamientos adicionales incurridos porque un procedimiento dental no pudo efectuarse en el consultorio del dentista debido al estado general de salud del paciente o a sus limitaciones físicas.
14. Servicios de un pedodontista/dentista pediátrico, excepto cuando el Afiliado no puede ser tratado por su proveedor de la red, o el tratamiento por un pedodontista/dentista pediátrico sea médicamente necesario, o si su proveedor del plan es un pedodontista/odontopediatra.
15. Los servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia por condiciones que no son emergencias si el afiliado razonablemente sabía que la situación de atención de emergencia no era tal.



**L.A. Care**  
*Covered*<sup>TM</sup>



Línea gratuita: **1.855.270.2327** | TTY: 711



**lacare.org**