



Manual para Miembros

Alameda Alliance for Health

Programa Alliance Group Care

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y
Formulario de autorización de divulgación combinados

2023

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede solicitar este Manual para Miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. Proporcionamos traducciones escritas hechas por traductores calificados. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita (TTY **1.800.735.2929** o **711**). La llamada es gratuita.

Hay varias funciones de servicio personal disponibles en el portal para miembros de Alliance. Puede seleccionar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), solicitar una tarjeta de identificación de miembro de reemplazo y comprobar su elegibilidad para el plan iniciando sesión en su cuenta del portal para miembros. Lea este Manual para Miembros para obtener más información sobre los servicios de asistencia de idiomas para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Other formats

Puede solicitar esta información de forma gratuita en otros formatos, como en braille, impreso en letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Alameda Alliance for Health (Alliance) ofrece servicios de interpretación oral por parte de un intérprete calificado las 24 horas del día de forma gratuita. No es necesario que recurra a un familiar o amigo como intérprete. No aconsejamos el uso de menores de edad como intérpretes a menos que sea una emergencia. Tiene a su disposición servicios de interpretación, lingüísticos y culturales de forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con otros idiomas o recibir este manual en otro idioma, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). La llamada es gratuita. Alliance coordinará los servicios de interpretación con las citas programadas para los servicios de cuidado de la salud para garantizar que usted reciba los servicios de interpretación en el momento de la cita.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). These services are at no cost.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանզահարեք **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរតូច ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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**1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电**1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**)。这些服务都是免费的。

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند (1.800.735.2929) (TTY: 1.877.932.2738) خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با توجه: اگر می‌تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند (1.800.735.2929) (TTY: 1.877.932.2738) نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. (1.800.735.2929) (TTY: 1.877.932.2738)

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े फ़ॉन्ट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ ອອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1.877.932.2738** (линия ТТУ: **1.800.735.2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1.877.932.2738** (линия ТТУ: **1.800.735.2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Estos servicios son gratuitos.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu Hiệu Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1.877.932.2738** (TTY: **1.800.735.2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Aviso de no discriminación

La discriminación va en contra de la ley. Alameda Alliance for Health (Alliance) sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. Alliance no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas de manera ilegal por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Alliance proporciona:

- Servicios y ayuda sin costo alguno a las personas que tengan alguna discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - intérpretes calificados en el lenguaje de señas.
 - información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios lingüísticos a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
 - intérpretes calificados.
 - información escrita en otros idiomas.

Si usted requiere estos servicios, comuníquese con:

Alameda Alliance for Health de lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (Servicio de Retransmisión de California [California Relay Service, CRS]/TTY): **711/1.800.735.2929**

Si lo solicita, este documento puede estar disponible para usted en braille, letra grande, cintas de casete o formato digital.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Alameda Alliance for Health

1240 South Loop Road

Alameda, CA 94502

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4577**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

Cómo presentar un reclamo

Si considera que Alliance no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó ilegalmente de alguna otra manera con base en su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo ante Alliance.

Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono:

Departamento de Servicios al Miembro de

Alliance de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos o del habla (CRS/TTY):

711/1.800.735.2929

- Por escrito: llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

Alameda Alliance for Health

ATTN: Alliance Grievances and Appeals Department

1240 South Loop Road

Alameda, CA 94502

- En persona: visite el consultorio de su médico o la oficina de Alliance y diga que desea presentar un reclamo.

- Por medios electrónicos: visite el sitio web de Alliance en **www.alamedaalliance.org**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Si considera que fue discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, línea gratuita de la Oficina de Derechos Civiles: **1.800.368.1019**
Personas con impedimentos auditivos o del habla (TTY/TDD):
1.800.537.7697

- Por escrito: llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- Por medios electrónicos: visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

Para saber si usted es elegible para el Programa Alliance Group Care, por favor, comuníquese con:

La Autoridad Pública para Servicios de Apoyo en el Hogar (Public Authority for In-Home Supportive Services, IHSS) del Condado de Alameda

Número de teléfono: **1.510.577.3552**

www.ac-pa4ihss.org/hcw-health-benefits.html

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Índice

Otros idiomas y formatos	2
Otros idiomas	2
Other formats	2
Servicios de interpretación	2
Aviso de no discriminación	7
Índice	10
1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura	17
Divulgación.....	17
Información de contacto	19
Tabla de beneficios y cobertura	23
Máximo anual o de por vida	23
2. Introducción	35
Área de servicio	35
¡Bienvenido a Alameda Alliance for Health (Alliance)!	35
Este folleto	36
Servicios al Miembro	36
Tarjeta de identificación (ID) de miembro.....	37
Derechos y responsabilidades de los miembros	38
3. Elegibilidad, inscripción, fecha de vigencia de la cobertura y responsabilidad económica del miembro	40
Requisitos de elegibilidad.....	40
Dependientes	40
Otras reglas de elegibilidad	40
Notificación de cambios en la elegibilidad	41
Fecha de inicio de la cobertura	41
Cobertura de repuesto.....	41

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Responsabilidades económicas	42
Cuotas periódicas de prepago.....	42
Copagos, deducibles y otros cargos.....	42
4. Elección de médicos, proveedores y centros	43
Ubicaciones de centros y proveedores	43
Obligación de pago por parte de los miembros.....	44
Cómo elegir y acceder a un PCP	45
Programación de una cita	46
Su examen médico inicial.....	46
Cómo cambiar una cita	46
Cambio de PCP	47
Cómo obtener atención cuando el consultorio de su PCP está cerrado	48
Continuidad de la atención.....	48
Nuevos miembros.....	48
Proveedores que dejan el plan	50
5. Acceso oportuno a la atención	52
6. Cómo usar su plan de salud	55
Remisiones y autorizaciones de servicios.....	55
Remisiones a especialistas	55
Servicios de salud mental (MH).....	55
Remisiones permanentes.....	56
Servicios que no requieren una remisión: proveedores de Alliance	56
Autorizaciones	57
Segundas opiniones.....	58
Nueva tecnología	59
7. Servicios disponibles	60
Servicios de aborto	60
Servicios de educación sobre la salud de Alliance.....	60
Servicios para el asma	61

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios de lactancia.....	61
Servicios para Niños de California (CCS)	61
Coordinación de la atención.....	62
Servicios confidenciales de asesoría, pruebas y tratamiento de VIH.....	62
Servicios de control de la diabetes.....	63
Servicios de tratamiento de consumo de drogas y alcohol	64
Servicios de planificación familiar	64
Servicios de conservación de la fertilidad	64
Servicios de pruebas y asesoría genéticas	65
Servicios ginecológicos.....	65
Servicios para el recién nacido	65
Servicios de salud mental (MH)	65
Servicios farmacéuticos para pacientes ambulatorios	66
Medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario	67
Medicamentos de marca y genéricos	68
Límites de cantidad/límite de suministro diario.....	69
Terapia escalonada	69
Surtido parcial.....	69
Servicios durante el embarazo.....	69
Atención de enfermedades de transmisión sexual.....	70
8. Atención de emergencia, de urgencia y de rutina.....	71
Qué hacer durante una emergencia.....	71
Atención posterior a la estabilización y de seguimiento	72
Obtención de servicios de atención de urgencia	73
En el Condado de Alameda.....	73
Outside of Alameda County.....	73
Servicios que no son de emergencia ni de urgencia.....	74
Cómo obtener atención de rutina	74

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

9. Lista de beneficios médicos	75
Aborto	75
Acupuntura.....	75
Línea de asistencia de enfermería.....	76
Anteojos y lentes para cataratas	76
Servicios quiroprácticos	77
Ensayo clínico	77
Inmunizaciones, pruebas diagnósticas y de detección, terapéutica y tratamiento del COVID-19.....	79
Servicios dentales	80
Control y tratamiento de la diabetes.....	80
Servicios de diagnóstico y de laboratorio.....	81
Equipo médico duradero (DME).....	82
Servicios de emergencia.....	83
Planificación familiar	84
Pruebas auditivas y servicios de aparatos de corrección auditiva	85
Servicios de cuidado de la salud en el hogar.....	86
Atención de enfermos terminales.....	87
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	89
Servicios de transporte médico.....	90
Atención de salud mental (MH) y para trastornos por consumo de sustancias (SUD).....	91
Servicios de MH y SUD para pacientes hospitalizados.....	91
Servicios de MH y SUD para pacientes ambulatorios	92
Beneficios de trasplante de órganos	93
Ortesis y prótesis	95
Servicios para osteoporosis	96
Servicios para pacientes ambulatorios.....	96
Fenilcetonuria (PKU).....	97

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Terapia física, ocupacional y del habla	98
Visitas al consultorio médico	98
Embarazo y atención de maternidad.....	99
Consultas prenatales y posnatales en el consultorio del médico y parto....	99
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	99
Medicamentos recetados	100
Servicios de salud preventiva.....	103
Cirugía reconstructiva	104
Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)	105
Servicios de afirmación de género para personas transgénero	106
Atención de urgencia	107
Servicios de la vista	107
10. Exclusiones y limitaciones.....	108
11. Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros.....	113
Coordinación de beneficios	113
Responsabilidad de terceros.....	113
Compromisos de los miembros ante la responsabilidad de terceros.....	114
12. Cancelación de la inscripción.....	115
Vigencia y vencimiento: acuerdo grupal.....	115
Disposiciones sobre el vencimiento y la renovación.....	115
Fecha de vigencia del vencimiento.....	115
Vencimiento por causa justificada	115
Vencimiento por falta de pago	116
Reingreso	116
Reembolsos	116
Cambios en la ley.....	117
Elección de no renovar.....	117
Falta de acuerdo sobre la prima de renovación	117
Extensión de beneficios a partir del vencimiento	117

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Continuidad de la atención	117
Miembro totalmente discapacitado	118
Vencimiento de los beneficios: miembro individual	119
Pérdida de la elegibilidad	119
Elección de otro plan de cobertura	119
Falta de entrega de información o entrega de información incompleta	119
Fraude o engaño	120
Conducta problemática.....	120
Falta de pago	120
Reembolsos	121
Revisión por el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California	121
13. Continuación individual de los beneficios.....	122
Cobertura grupal	122
COBRA.....	122
Cal-COBRA	122
Pagos de primas para la COBRA y la Cal-COBRA	123
Plazos.....	123
¿Quién no puede inscribirse en la COBRA federal o en la Cal-COBRA?	123
¿Cuándo vence su cobertura de la COBRA y la Cal-COBRA?	124
Cobertura individual	125
Plan de Conversión Individual (ICP).....	125
14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance	127
Quejas y problemas/reclamos y apelaciones.....	127
Márgenes de tiempo	129
Revisión Médica Independiente (IMR)	130
Denegaciones de servicios experimentales o de investigación.....	131
Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California	133

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

15. Otras disposiciones	134
Participación en las políticas públicas	134
Ley aplicable	134
Aviso de prácticas de información.....	135
Satisfacción del miembro	135
Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos	135
Derecho del plan de salud a cambiar los beneficios y los cobros	137
Limitaciones de otras coberturas	137
Desastres naturales, interrupciones y limitaciones	138
Contratistas independientes.....	138
Pago a proveedores.....	138
Notificación de vencimiento del contrato de un proveedor.....	139
Compensación a los trabajadores.....	140
Acceso para discapacitados.....	140
Acceso físico	140
Acceso para personas con impedimentos auditivos.....	140
Acceso para personas con impedimentos de la vista.....	140
Reclamos sobre el acceso para discapacitados.....	140
Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990	141
16. Aviso sobre prácticas de privacidad	142
Tipo de información que conservamos.....	142
Cómo podemos usar o divulgar información sobre usted	143
Cuándo no podemos usar o divulgar información sobre usted	147
Es posible que Alliance se comunique con usted	147
Sus derechos de privacidad	147
Cambios a este Aviso sobre prácticas de privacidad	149
Quejas.....	149
17. Definiciones	151

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Este folleto ofrece un resumen de los beneficios para los miembros de Alameda Alliance for Health (Alliance).

Divulgación

Este folleto es el Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura (EOC) de Alliance Group Care para los Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS). Este folleto de EOC incluye los términos de la cobertura. Solamente es un resumen de la cobertura de Alliance Group Care. *(Consulte la **tabla de beneficios y cobertura** de este capítulo para obtener más información).*

Para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura, debe consultarse el contrato grupal (acuerdo) entre Alliance y la Autoridad Pública para los Trabajadores de IHSS del Condado de Alameda (Autoridad Pública). Alliance puede proporcionarle una copia del contrato de Alliance previa solicitud. Para solicitar una copia, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

El año de beneficios de esta EOC va del 1 de enero al 31 de diciembre. Tiene derecho a revisar este folleto de EOC antes de inscribirse. Debe leer este folleto de EOC con atención. De esta manera, sabrá quién o qué grupos pueden proporcionarle los servicios de cuidado de la salud. Si tiene necesidades de atención médica especiales, lea con cuidado las partes de este folleto que se apliquen a usted.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Las reglas del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California exigen que Alliance siga la Ley sobre Planes de Servicios de Atención Médica Knox-Keene de 1975 con sus enmiendas (Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1340 y siguientes), y las regulaciones de dicha ley (Código de Regulaciones de California, Título 28). Alliance debe seguir todas las reglas de la ley o las regulaciones de la ley, incluso si el folleto de EOC no las incluye.

Información de contacto

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Línea de asistencia de enfermería	Línea gratuita: 1.855.383.7873		
Alameda Alliance for Health	Número principal: 1.510.747.4500 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929	1240 South Loop Road Alameda, CA 94502	www.alamedaalliance.org
Departamento de Servicios al Miembro de Alliance	Número de teléfono: 1.510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929	Departamento de Servicios al Miembro de Alliance P.O. Box 2818 Alameda, CA 94501-0818	www.alamedaalliance.org
Departamento de Reclamos y Apelaciones de Alliance	Número de teléfono: 1.510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738	1240 South Loop Road Alameda, CA 94502	www.alamedaalliance.org

Questions? Call the Alliance Member Services Department between Monday through Friday, 8 am – 5 pm at **1.510.747.4567** or toll-free at **1.877. 932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Programación de servicios de interpretación de Alliance (para programar servicios de interpretación en persona)	Número de teléfono: 1.510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929		
Programas de salud de Alliance	Número de teléfono: 1.510.747.4577 Línea gratuita: 1.877.932.2738		www.alamedaalliance.org
Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS)	Número de teléfono: 1.510.208.5970	1000 Broadway Suite 500 Oakland, CA 94607	www.dhcs.ca.gov/services/ccs

Questions? Call the Alliance Member Services Department between Monday through Friday, 8 am – 5 pm at **1.510.747.4567** or toll-free at **1.877. 932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California/Centro de ayuda sobre organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de California	Línea gratuita: 1.888.466.2219 TDD: 1.877.688.9891	980 9th Street Suite 500 Sacramento, CA 95814	www.dmhc.ca.gov
Community Health Center Network (CHCN)	Número de teléfono: 1.510.297.0200	101 Callan Avenue 3rd Floor San Leandro, CA 94577	www.chcnetwork.org
Servicios dentales (Comuníquese con la Autoridad Pública)	Número de teléfono: 1.510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org
Servicios de interpretación (para intérpretes por teléfono)	Línea directa las 24 horas: 1.510.809.3986		

Questions? Call the Alliance Member Services Department between Monday through Friday, 8 am – 5 pm at **1.510.747.4567** or toll-free at **1.877. 932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Autoridad Pública para los Trabajadores de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del Condado de Alameda	Número de teléfono: 1.510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org
Servicios de la vista (Comuníquese con la Autoridad Pública)	Número de teléfono: 1.510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org

Questions? Call the Alliance Member Services Department between Monday through Friday, 8 am – 5 pm at **1.510.747.4567** or toll-free at **1.877. 932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Tabla de beneficios y cobertura

Esta tabla proporciona un resumen de sus beneficios y se puede usar para ayudarle a comparar los beneficios. *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 9: Lista de beneficios médicos**).*

Máximo anual o de por vida

No hay límites anuales ni de por vida para el costo de los beneficios.

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de aborto	Estos servicios están disponibles sin una remisión o autorización. Sin embargo, estos servicios no están cubiertos si son realizados por un proveedor fuera del plan. Para obtener información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita 1.877.932.2738 (TTY 1.800.735.2929 o 711).	<ul style="list-style-type: none"> Sin copago
Acupuntura	Autorremisión a un proveedor de Alliance para 10 consultas por cada año de beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$5 por consulta
Línea de asistencia de enfermería	La línea de enfermería de Alliance está disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a responder preguntas de salud en relación con enfermedades y afecciones comunes. Para acceder a la línea de asistencia de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los miembros pueden llamar a la línea gratuita 1.855.383.7873 .	<ul style="list-style-type: none"> Sin copago
Terapia de biorretroalimentación	La terapia de biorretroalimentación está cubierta cuando sea médicamente necesaria y sea indicada por un médico, cirujano o psicólogo con licencia.	<ul style="list-style-type: none"> Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Anteojos y lentes para cataratas	Anteojos para cataratas, lentes de contacto para cataratas, lentes intraoculares, o anteojos y lentes de contacto convencionales, según sea necesario, luego de una cirugía de cataratas, aniridia (ausencia de iris) o afaquia (ausencia del cristalino del ojo).	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Servicios quiroprácticos	Autorremisión a un proveedor de Alliance para 20 consultas por cada año de beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta
Ensayos clínicos	Cáncer u otras enfermedades o afecciones potencialmente mortales.	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visitas al consultorio • Copago de \$10 por medicamentos genéricos • \$15 por medicamentos recetados de marca

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Continuidad de la atención (Continuity of Care, CoC)	<p>Si es nuevo en Alliance y ha estado recibiendo atención de un proveedor que no pertenece a la red de Alliance, puede solicitar continuar con el mismo proveedor bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afección aguda. • Enfermedad de salud mental maternal. • Embarazo de alto riesgo o en su segundo/tercer trimestre. • Enfermedad crónica grave y necesita tiempo para completar el tratamiento. • Se le autorizó previamente una cirugía y se llevará a cabo en los 180 días siguientes a su inscripción en Alliance. • Enfermedad terminal. <p>Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita 1.877.932.2738 (TTY 1.800.735.2929 o 711) o a su médico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin repercusión en el copago
Servicios dentales	Comuníquese con la Autoridad Pública para obtener información sobre los servicios dentales al 1.510.577.3552 .	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la Autoridad Pública
Control y tratamiento de la diabetes	Servicios, suministros y equipo para el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, la diabetes no insulino dependiente y la diabetes gestacional, según sea médicamente necesario	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por visitas al consultorio médico • Copago de \$10 por medicamentos genéricos o de \$15 por medicamentos recetados de marca

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de diagnóstico y de laboratorio	Servicios terapéuticos y radiológicos (como radiografías), electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG), mamografías y otras pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología, pruebas de detección de cáncer y diálisis renal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Equipo médico duradero	Equipo médico apropiado para su uso en el hogar, oxígeno y equipo de oxígeno, bombas de insulina, estimuladores óseos, cobijas de fototerapia, equipo de diálisis, aparatos para la apnea del sueño y todos los suministros necesarios relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Cobertura en emergencias médicas	Servicios de cuidado de la salud de emergencia las 24 horas (tal como se definen en el Capítulo 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina para servicios tanto dentro como fuera del área de servicio de Alliance). (Exención del copago si se hospitaliza al miembro).	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$35 por consulta
Servicios de planificación familiar	Variedad de servicios de planificación familiar que incluyen asesoría, procedimientos quirúrgicos y anticonceptivos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y con receta. Los tratamientos para infertilidad son un beneficio cubierto cuando la infertilidad es consecuencia de una cirugía, quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de aparatos de corrección auditiva	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de aparatos de corrección auditiva: examen audiológico para medir la pérdida auditiva y evaluación de corrección auditiva, corrección auditiva monoaural o binaural, incluidos los moldes auriculares, los instrumentos de corrección auditiva, las baterías iniciales, las cuerdas y otros equipos auxiliares, y las visitas al consultorio por un (1) año posterior a la provisión del aparato de corrección auditiva cubierto. El remplazo de aparatos de corrección auditiva se limita a una vez cada tres (3) años de beneficios. 	<ul style="list-style-type: none"> Sin copago
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Deben ser recetados o seguir las instrucciones del médico tratante u otra autoridad adecuada designada por Alliance. Usted tiene que ser incapaz de salir de su hogar debido a una afección médica, excepto con esfuerzo y ayuda considerables. Sus servicios tienen que requerir un profesional calificado (enfermero, terapeuta de rehabilitación). Los servicios privados de enfermería no son un beneficio cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> \$10 por consulta de terapia física, ocupacional y del habla proporcionada en el hogar \$10 por visita del médico
Servicios paliativos	Atención de enfermería médicamente necesaria, servicios sociales médicos, servicios de asistente en el cuidado de la salud en el hogar, servicios médicos, medicamentos, suministros y aparatos médicos, asesoramiento y servicios de asistencia por duelo, persona de asistencia en el cuidado del hogar, voluntarios, terapia física, ocupacional y del habla. No se requiere autorización previa para la prestación en el hogar, pero sí en como paciente internado (centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF], hospital).	<ul style="list-style-type: none"> Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Pacientes hospitalizados: habitaciones semiprivadas y comidas, atención general de enfermería, servicios auxiliares incluidos quirófano; unidad de cuidados intensivos; medicamentos recetados; laboratorio y radiología; terapia física, ocupacional y del habla; atención de enfermos terminales a corto plazo para pacientes hospitalizados para cuidado temporal de reemplazo; control del dolor, y manejo de los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por admisión excepto por atención de embarazo y maternidad
Servicios para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) y de alcohol para pacientes hospitalizados y ambulatorios	Los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios con trastornos por consumo de sustancias (SUD) y alcohol son beneficios cubiertos a través de Alliance. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita 1.877.932.2738 (TTY 1.800.735.2929 o 711).	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por admisión de un paciente en el hospital • Copago de \$10 por el beneficio de consultas de SUD en el consultorio para pacientes ambulatorios • Sin copago por los beneficios de SUD para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Transporte médico	Transporte en ambulancia aérea y terrestre cuando sea médicamente necesario. No están cubiertos los servicios prestados en avión, automóvil de turismo, taxi u otra forma de transporte público.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Servicios de salud mental (Mental Health, MH)	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud mental (MH) para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y los acuerdos de la Ley de Asistencia, Recuperación y Empoderamiento Comunitarios (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) ordenados por la corte de acuerdo con el proyecto de ley del Senado (Senate Bill, SB) 1338 son beneficios cubiertos a través de Alliance. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita 1.877.932.2738 (TTY 1.800.735.2929 o 711). • No se aplican limitaciones de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por admisión de un paciente en el hospital • Copago de \$10 por el beneficio de consultas de MH en el consultorio para pacientes ambulatorios • Sin copago por beneficios de MH para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Trasplantes de órganos	Trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea médicamente necesarios que no tengan carácter experimental o de investigación. Los servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para un miembro. Gastos médicos y hospitalarios razonables de un donante o de una persona identificada como posible donante si estos gastos están directamente relacionados con el miembro, aunque el donante no sea miembro.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Ortesis y prótesis	Reemplazo médicamente necesario de dispositivos ortopédicos y prótesis prescrito por un proveedor de Alliance. Cobertura de los dispositivos de prótesis iniciales y subsiguientes, y los accesorios de instalación para restituir un método de habla luego de una laringotomía, y calzado terapéutico para diabéticos. <i>(Para las plantillas ortopédicas, vea Calzado terapéutico).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Servicios para pacientes ambulatorios	Servicios y suministros diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos para tratamiento (incluidas la radiación y la quimioterapia) o cirugía en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio. Es posible que se requiera autorización previa; hable con su médico sobre su servicio específico.	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por terapia física, ocupacional y del habla • Copago de \$35 por servicios de cuidado de la salud de emergencia
Fenilcetonuria (PKU)	<ul style="list-style-type: none"> • exámenes y tratamiento de la fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU). • fórmulas y productos alimenticios especiales para el tratamiento de la PKU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Terapia física, ocupacional y del habla	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia puede proporcionarse en un consultorio médico u otro entorno ambulatorio adecuado, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar cuando sea médicamente necesaria. • La autorización es para la terapia del habla y ocupacional durante seis (6) meses, y está sujeta a revisión cada seis (6) meses y a modificación cuando sea apropiado. • La terapia para el trastorno de desarrollo generalizado (Pervasive Developmental Disorder, PDD) o autismo está sujeta a revisión cada seis (6) meses y a modificación cuando sea apropiado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por terapia física, ocupacional y del habla
Visitas al consultorio médico	Visitas al consultorio, incluidas las proporcionadas a través de telesalud	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 excepto para los servicios de salud preventiva
Embarazo y atención de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales y hospitalarios para pacientes hospitalizadas, incluidos los cuidados prenatales y posnatales, de recién nacidos y de enfermería para el recién nacido de la miembro. • La cobertura para recién nacidos está limitada a los primeros 30 días de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Cobertura de medicamentos recetados	<ul style="list-style-type: none"> • Suministro para 30 días. • Un (1) ciclo de medicamentos para dejar el tabaco por año de beneficios. Medicamentos para pacientes hospitalizados: sin copago por medicamentos recetados provistos en un centro de hospitalización o por medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor o en un centro para pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por medicamentos genéricos • Copago de \$15 por medicamentos recetados de marca • Hasta \$250 de copago por medicamentos anticancerígenos orales • Hasta \$500 de copago por productos Bronze <p>Nota: Los copagos no serán superiores al precio de venta al público en la farmacia de la red por un medicamento recetado.</p>

1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de salud preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas anuales de detección de cáncer cervical, incluido el Papanicolaou • Pruebas de detección de cáncer de seno incluyendo mamografía, ultrasonidos, imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI). • Pruebas de detección de cáncer de colon • Atención preventiva integral para niños <ul style="list-style-type: none"> ○ evaluaciones periódicas de salud ○ inmunizaciones ○ servicios de laboratorio relacionados con las evaluaciones periódicas de salud • Asesoría, pruebas y vacunas confidenciales de VIH • inmunizaciones • Pruebas de detección y exámenes de osteoporosis • Exámenes de salud periódicos • Pruebas visuales y auditivas • Detección de enfermedades de transmisión sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Cirugía reconstructiva	<p>Cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, para hacer alguna de las siguientes: (A) mejorar la función; (B) crear una apariencia normal, en la medida de lo posible, o (C) tratar la disforia de género o la incongruencia de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago

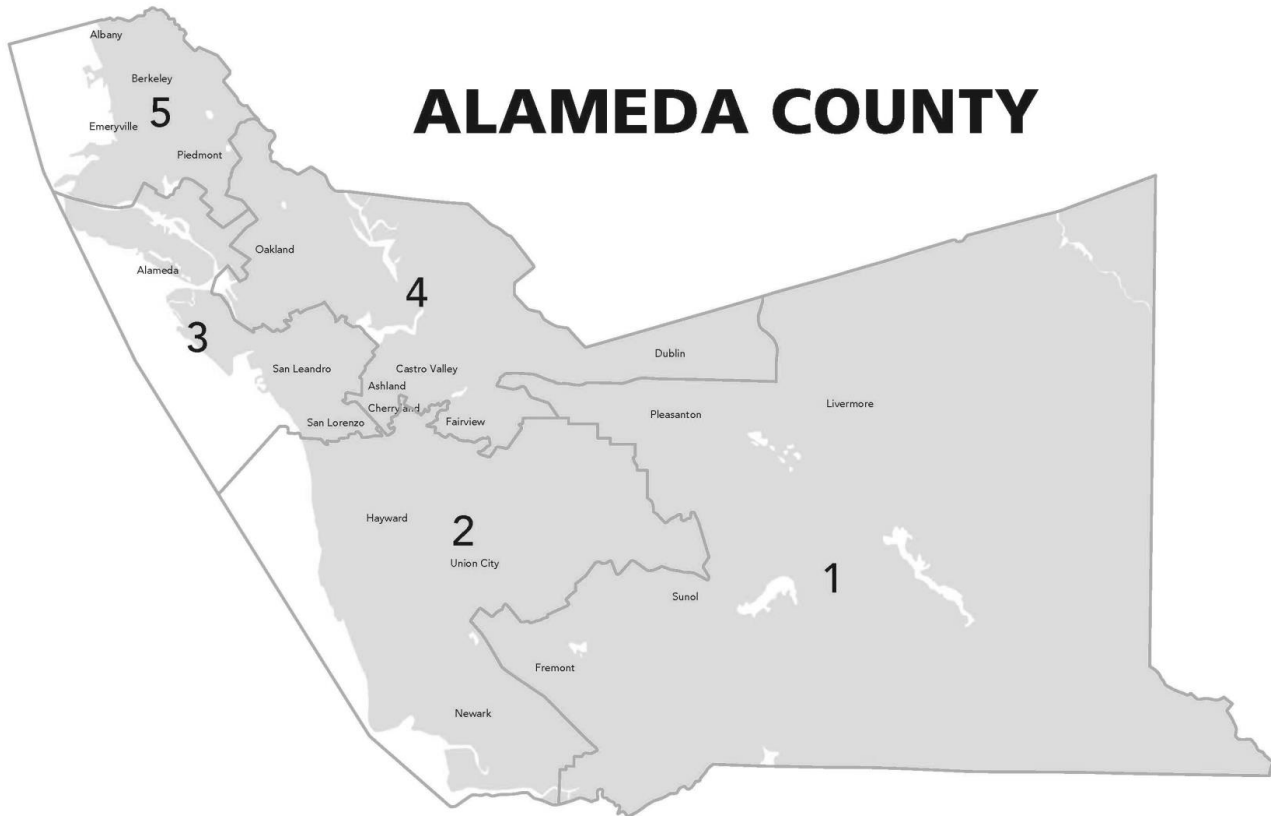
1. Divulgación, contactos y tabla de beneficios y cobertura

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Segundas opiniones	Si tiene preguntas sobre un tratamiento o una cirugía que su proveedor dice que usted necesita, puede pedir una segunda opinión. Para recibir una segunda opinión de un proveedor de la red de Alliance, no es necesaria la autorización previa de Alliance. Se requiere una autorización previa de Alliance para recibir una segunda opinión fuera de la red. Su médico tratante tendrá que enviar una solicitud de autorización previa a Alliance. Debe hablar con su PCP si desea una remisión para una segunda opinión. Ninguna remisión para una segunda opinión dentro de la red requiere autorización previa.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin repercusión en el copago
Atención de enfermería especializada	Atención de enfermería especializada cuando sea médicamente necesaria, incluidos alojamiento y comida, rayos X y servicios de laboratorio, y otros servicios auxiliares, medicamentos y suministros hasta para 100 días por año de beneficios.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Calzado terapéutico	El calzado (zapatos, plantillas) está cubierto solo si es usted diabético.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copago
Servicios de atención de urgencia	Servicios recibidos en un centro de atención de urgencia. (Exención del copago si se hospitaliza al miembro).	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$10 por consulta
Servicios de la vista	Consulte a la Autoridad Pública para obtener información sobre los servicios de la vista al 1.510.577.3552 .	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la Autoridad Pública

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

2. Introducción

Área de servicio



¡Bienvenido a Alameda Alliance for Health (Alliance)!

Alameda Alliance for Health (Alliance) es un plan de salud local autorizado. No es un proveedor médico. Médicos independientes, clínicas, hospitales y otros proveedores profesionales de atención médica tienen un contrato con Alliance para proporcionar todos los servicios de atención médica. Los proveedores de atención médica de Alliance no son empleados de Alliance.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Este folleto

Este folleto se llama Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura (EOC) y contiene información detallada acerca del Programa Alliance Group Care. Proporciona detalles sobre los proveedores, los beneficios, los términos y las condiciones de la cobertura. También encontrará las reglas del plan de salud y sus derechos y responsabilidades como miembro. En este folleto de EOC, las palabras “usted”, “su” y “miembro” hacen referencia a la persona que tiene la cobertura conforme al Programa Alliance Group Care. Las palabras “nosotros”, “plan de salud” y “nuestro” se refieren a Alliance. Las palabras “proveedor”, “proveedor del plan” y “proveedor participante” se refieren a un médico, hospital, grupo médico, farmacia o algún otro proveedor de atención médica que le proporciona servicios médicos a usted.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o de cualquiera de los beneficios del plan, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Servicios al Miembro

Los representantes de Servicios al Miembro de Alliance pueden brindarle información acerca de los beneficios y los servicios de Alliance.

También podemos:

- Ayudar a responder preguntas sobre Alliance.
- Ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria (PCP).
- Decirle dónde obtener los servicios que necesita.
- Proporcionarle servicios lingüísticos o de traducción si el inglés no es su idioma de preferencia. Los miembros con impedimentos auditivos y del habla pueden usar el Servicio de Retransmisión de California (CRS) o teletipo (TTY).
- Ayudarle a programar un intérprete para su cita médica.
- Ayudarle con sus preguntas sobre la aprobación de los servicios (las autorizaciones y el proceso de gestión de utilización [Utilization Management, UM]).
- Proporcionarle información sobre los beneficios y las cartas del plan en su idioma o en un formato como braille, letra grande o en audio.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Para solicitar ayuda, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). También puede visitar el sitio web de Alliance en **www.alamedaalliance.org**.

Los miembros de Alliance pueden acceder al Portal para miembros de Alliance visitando **www.alamedaalliance.org**. También puede usar el Portal seguro para miembros de Alliance para ordenar o imprimir una nueva tarjeta de ID o para cambiar su médico. Tendrá que crear una cuenta del Portal para miembros para usarlo por primera vez. Para acceder al Portal para miembros de Alliance, visite el sitio web **www.alamedaalliance.org**.

Tarjeta de identificación (ID) de miembro

Todos los miembros reciben una tarjeta de identificación (ID). Esta tarjeta contiene información importante sobre sus beneficios médicos. Si no la ha recibido o si perdió su tarjeta de identificación de miembro de Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). Le enviaremos una nueva tarjeta.

Muestre a su proveedor su tarjeta de identificación de miembro de Alliance cuando reciba atención médica o surta una receta médica en la farmacia.

Solamente el miembro puede recibir servicios médicos con su tarjeta de identificación de miembro de Alliance. Si una persona que no sea el miembro usa una tarjeta, se le cobrarán a esa persona los servicios que reciba. Si usted deja que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro de Alliance, Alliance podría cancelar o dar por concluida su cobertura.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Como miembro de Alliance, usted tiene estos derechos:

1. Recibir información y consejos sobre Alliance, sus programas, sus médicos, la red de atención médica, las instrucciones anticipadas, y sus derechos y responsabilidades.
2. Recibir servicios y atención sin discriminación por raza, color, etnia, nacionalidad, religión, estatus de inmigración, edad, discapacidad, estatus socioeconómico, identidad de género u orientación sexual.
3. Ser tratado con respeto en todo momento.
4. Que su información de salud se mantenga privada, recibir una copia, revisar y solicitar cambios a sus expedientes de salud.
5. Elegir un médico (también llamado proveedor de atención primaria o PCP) dentro de la red de Alliance y ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica con su médico. Esto incluye el derecho a negarse a recibir tratamiento.
6. Hablar libremente con sus médicos sobre las opciones de tratamiento para su salud y ayudar en la toma de decisiones sobre su atención médica con su médico; esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento.
7. Presentar un reclamo (o queja) sobre Alliance, sus médicos o la atención que proporcionamos, o solicitar una audiencia justa estatal de Medi-Cal.
8. Obtener servicios de traducción e interpretación, e información escrita en otros formatos (audio, braille, impresos en letra grande, etc.)
9. Tener acceso a servicios de planificación familiar, centros de salud con calificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC), centros de servicios de salud para indígenas estadounidenses (Indian Health Service, IHS), servicios para enfermedades de transmisión sexual, servicios de emergencia fuera de la red de Alliance, servicios con consentimiento del menor y servicios especializados (p. ej., equipo médico duradero [DME]).
10. Retirarse de Alliance si así lo solicita en cualquier momento, sujeto a un periodo restringido de cancelación de la inscripción.
11. Seguir viendo a su médico si ya no tiene cobertura de Alliance, bajo ciertas circunstancias.
12. Estar libre de cualquier forma de restricción o rechazo utilizado como medio de presión, disciplina, conveniencia o represalia.
13. Hacer uso libremente de estos derechos sin que por eso se altere la forma en que Alliance, los médicos, la red de atención médica o el estado lo tratan.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

14. Acceder a la línea de asistencia de enfermería en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los miembros de Group Care pueden llamar a la línea gratuita **1.855.383.7873**.
15. Acceder a la clasificación o evaluación telefónica en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando a su médico.
16. Consultar sus expedientes médicos. Tiene derecho a compartir los expedientes de cualquier servicio de telesalud que le haya brindado su médico de atención primaria. Estos expedientes se compartirán con su médico de atención primaria, a menos que usted se oponga

Si desea obtener más información sobre su derecho a tomar decisiones sobre tratamientos médicos o instrucciones anticipadas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Como miembro de Alliance, usted tiene estas responsabilidades:

1. Tratar con respeto y cortesía a todo el personal de Alliance y al personal de atención médica.
2. Dar información correcta a sus médicos y a Alliance.
3. Colaborar con su médico. Aprender sobre su salud y ayudar a establecer metas para su salud. Seguir los planes y consejos relacionados con la atención que usted haya acordado con sus médicos.
4. Presentar siempre su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Alliance cuando reciba servicios.
5. Hacer preguntas sobre cualquier afección médica y asegurarse de entender las razones e instrucciones de su médico.
6. Ayudar a Alliance a mantener expedientes médicos correctos y actualizados proporcionando información oportuna sobre cambios en su domicilio, situación familiar y otras coberturas de atención médica.
7. Programar y asistir a sus citas médicas e informarle a su médico, con al menos **24 horas** de anticipación, cuando tenga que cancelar una cita.
8. Usar la sala de emergencias sólo en caso de emergencia o cuando se lo indique su médico.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

3. Elegibilidad, inscripción, fecha de vigencia de la cobertura y responsabilidad económica del miembro

Requisitos de elegibilidad

Se le inscribirá en el Programa Alliance Group Care de acuerdo con las reglas y regulaciones establecidas por la Autoridad Pública. Para comunicarse con la Autoridad Pública, llame al **1.510.577.3552**.

Dependientes

Los dependientes no son elegibles para obtener los beneficios de conformidad con el Programa Alliance Group Care.

Otras reglas de elegibilidad

La Autoridad Pública no tendrá derecho a recibir los beneficios para sus empleados hasta que Alliance haya recibido y aceptado la información y los formularios de inscripción necesarios y haya cobrado las cuotas de prepago periódicas correspondientes.

De conformidad con la Ley Miscelánea Consolidada de Conciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) y las leyes aplicables, un miembro dejará de ser elegible para recibir los beneficios del Programa Alliance Group Care si deja de ser un empleado que cumpla todos los criterios establecidos por la Autoridad Pública. (Vea el **Capítulo 13: Continuación individual de los beneficios para obtener más información**).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

3. Elegibilidad, inscripción, fecha de vigencia de la cobertura y responsabilidad económica del miembro

Notificación de cambios en la elegibilidad

Es responsabilidad del miembro notificar a Alliance en un plazo de **31 días** sobre cualquier cambio en la elegibilidad que afecte la inscripción del miembro en el Programa Alliance Group Care.

Fecha de inicio de la cobertura

Mensualmente, la Autoridad Pública entregará a Alliance la información del miembro para determinar la fecha de inicio y la fecha de vencimiento de la cobertura. La fecha de inicio de cobertura de un miembro que es un trabajador de IHSS para la Autoridad Pública será el primer día del mes siguiente al que Alliance reciba la información del miembro. La cobertura vencerá el último día del mes siguiente al que Alliance reciba el vencimiento del miembro.

Cobertura de repuesto

La fecha de vigencia de la inscripción para la cobertura no se aplazará, en virtud de que Alliance proporciona cobertura de repuesto conforme a la Sección 1399.63 de la Ley Knox-Keene, en un plazo de **60 días** contados a partir de la fecha de la suspensión del plan de salud grupal previo de la Autoridad Pública para los miembros que contaban con una cobertura vigente en dicho plan de salud previo de la Autoridad Pública en la fecha de la suspensión. Sin embargo, con respecto a los miembros que estén completamente discapacitados en la fecha de la suspensión del plan de salud previo de la Autoridad Pública y tengan derecho a una extensión de los beneficios conforme a la Sección 1399.62 de la ley, no es responsabilidad de Alliance brindarles beneficios por los servicios o gastos que se relacionen directamente con cualquier enfermedad que haya causado la discapacidad total. Cualquier demora en la fecha de vigencia de la inscripción no tendrá fuerza ni efecto en la medida en la que una demora estaría prohibida por la ley aplicable.

3. Elegibilidad, inscripción, fecha de vigencia de la cobertura y responsabilidad económica del miembro

Responsabilidades económicas

Cuotas periódicas de prepago

La Autoridad Pública enviará en la fecha de vigencia del acuerdo, o antes de ella, los pagos correspondientes de la prima o las cuotas periódicas de prepago, incluida la parte del miembro, de cada uno de los miembros que tengan derecho a recibir los beneficios a partir de esa fecha según el informe de elegibilidad. A partir de entonces, la prima o las cuotas periódicas de prepago correspondientes se enviarán a Alliance el día **15** de cada mes o antes durante la vigencia del acuerdo. La prima o cuota periódica de prepago permanecerá vigente mientras dure el acuerdo, a menos que Alliance y la Autoridad Pública la modifiquen en el acuerdo. Solo la Autoridad Pública podrá pedir aportaciones a los miembros, en caso de ser necesarias.

Copagos, deducibles y otros cargos

No hay deducibles ni límites anuales o de por vida para los beneficios económicos. Sin embargo, algunos beneficios tienen máximos anuales basados en la frecuencia de los servicios. Los miembros son los responsables económicos de los copagos específicos que se presentan en la **tabla de beneficios y cobertura** y en las secciones **Beneficios médicos** y **Salud mental** de este documento.

Si tiene alguna pregunta sobre los copagos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si un miembro no asiste a una cita programada y no la cancela con al menos **24 horas** de anticipación, es posible que deba pagar algún cargo por cada cita a la que falte.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

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

Ubicaciones de centros y proveedores

Usted recibió un directorio de proveedores en su paquete de inscripción. Para solicitar otra copia, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). También puede consultar el directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. El directorio de proveedores enumera todos los proveedores que tienen un contrato con el plan para proporcionar servicios a los miembros de Alliance Group Care. En el directorio se incluyen los nombres y las ubicaciones de PCP, médicos especialistas, profesionales de atención médica que no son médicos, clínicas, centros de enfermería especializada y hospitales. Antes de seleccionar un PCP, debe confirmar si está aceptando nuevos pacientes llamando a su consultorio.

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno (1) o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos según el contrato con su plan de salud y que usted o sus familiares podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas al momento del parto; tratamientos de esterilidad, o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, grupo médico, asociación de consultorios independientes o clínica, o llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**) para asegurarse de obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Obligación de pago por parte de los miembros

Los miembros no son responsables de pagar los servicios cubiertos, excepto los copagos correspondientes, si cuentan con las remisiones y autorizaciones para recibir los servicios que sean médicamente necesarios. Si el miembro recibe servicios sin pedir a su PCP la aprobación requerida o no se apega a los procedimientos de autorización o remisión de Alliance, dichos servicios no estarán cubiertos y el miembro tendrá la obligación de pagarlos de forma íntegra, excepto en caso de emergencias.

Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios médicos que no sean de emergencia ni de urgencia, póngase en contacto con su PCP para obtener una autorización antes de recibir estos servicios. No están cubiertos los servicios que no son urgentes ni de emergencia recibidos fuera del área de servicio o de la red de Alliance si no se obtuvo una autorización de Alliance antes de recibir dichos servicios. Sin embargo, los miembros no tendrán la obligación de pagar los servicios de emergencia. En caso de que el plan no pague a un proveedor no contratado por los servicios prestados, es posible que el miembro sea responsable ante el proveedor no contratado por el costo de los servicios.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California regula a Alliance. En caso de que Alliance no le pague a un proveedor del plan, el miembro no será responsable de pagar el dinero que Alliance le deba al proveedor del plan. Para recibir servicios que no proporcionan los proveedores del plan, dentro del área de servicio, los miembros deben consultar antes a su PCP. A su vez, el PCP o Alliance deberá autorizar el servicio previamente, a menos que la situación sea de urgencia o emergencia, en cuyo caso la autorización no es necesaria. *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 6: Cómo usar su plan de salud** y el **Capítulo 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina**).*

Cómo elegir y acceder a un PCP

Es necesario que tenga un PCP y debe elegirlo en un plazo de **30 días** a partir de la fecha de inicio de la cobertura. Elija un PCP del directorio de proveedores. Puede solicitar una copia impresa del directorio de proveedores llamando al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). También puede visitar el sitio web de Alliance para consultar el directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. Su PCP debe estar dentro de la red de proveedores de Alliance y cerca de donde usted trabaja o vive. También puede buscar una clínica donde hablen su idioma de preferencia o que satisfaga sus necesidades de accesibilidad. Si el PCP que elija no está aceptando nuevos pacientes, se le pedirá que elija otro PCP.

Si no elige su PCP en un plazo de **30 días** contados a partir de que se vuelva miembro, le informaremos que no hemos recibido su elección y nosotros elegiremos un PCP para usted. Haremos todo lo razonablemente posible para elegirle un PCP con base en sus necesidades. Si no le satisface la elección que hagamos, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance para elegir usted mismo un PCP. Para obtener ayuda, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Su PCP controla y dirige todas sus necesidades de atención médica, incluidas las revisiones e inmunizaciones. El PCP también hará las remisiones para la mayoría de los médicos especialistas y otros proveedores, programará el cuidado hospitalario y obtendrá todas las autorizaciones previas necesarias para ciertos servicios de cuidado de la salud. Usted no necesita una remisión o una autorización de su PCP para las consultas con el ginecobstetra (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN), o atención de emergencia o urgencia. Su PCP también pedirá pruebas de laboratorio, rayos X y otros servicios cubiertos cuando sean necesarios.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

Trabajamos con PCP y médicos especialistas calificados. Para conocer los antecedentes de uno de los médicos de nuestra red, como su especialidad o si está certificado por la junta, consulte nuestro directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. También puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si necesita ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Programación de una cita

Llame al consultorio de su PCP para programar una cita para hacerse exámenes de rutina o para ir a una consulta si está enfermo. Cuando llame, dígame que usted es miembro de Alliance Group Care. El nombre y el teléfono de su PCP se encuentran en la parte frontal de su tarjeta de identificación de miembro de Alliance.

Es posible que no pueda ver a su proveedor de manera inmediata cuando llame para programar una cita. Los proveedores de Alliance están obligados a responder en ciertos plazos a la hora de programar una cita. *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 5: Acceso oportuno a la atención**).*

Su examen médico inicial

Todos los miembros nuevos deben consultar a su PCP para realizarse un examen médico inicial dentro de los **cuatro (4) primeros meses** como miembros de Alliance. Esta primera consulta con su nuevo PCP es importante. Es el momento de conocerse y de revisar su salud. Su PCP le ayudará a entender sus necesidades médicas y le hará recomendaciones para mantenerse sano. ¡Llame hoy mismo al consultorio de su PCP para solicitar una cita!

Cómo cambiar una cita

Llame al consultorio de su PCP tan pronto como sea posible si:

- va a llegar tarde a su cita, o
- no podrá asistir a su cita.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

Esto ayudará a que su PCP reduzca el tiempo de espera de las otras personas que se encuentren en la sala de espera. También puede volver a programar su cita para otro día si es necesario.

Tenga en cuenta que si falta a una cita y no la cancela de acuerdo con las políticas del PCP, este puede asignarle una cuota que usted deberá pagar.

Si usted no va a varias citas y no llama por adelantado para cancelarlas, su PCP podrá decidir ya no verlo más como paciente. En esa situación, nos comunicáramos con usted para que elija otro médico de cabecera.

Cambio de PCP

Lo mejor es permanecer con el mismo PCP para que pueda llegar a conocer sus necesidades. Sin embargo, puede cambiar de PCP por la razón que sea. Si necesita cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si solicita un cambio el **5.º día** del mes o antes, el cambio entrará en vigor el **1.º día** del mismo mes. Si solicita un cambio después del **5.º día** del mes, el cambio entrará en vigor el **1.º día** del mes siguiente.

Cuando cambie de PCP, nosotros le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Alliance por correo. Su nueva tarjeta tendrá el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. También tendrá la fecha de entrada en vigor del cambio de PCP.

Es posible que nosotros le solicitemos que cambie de PCP si usted:

- Se comporta de manera grosera o abusiva, o crea problemas de otro tipo en el consultorio del proveedor.
- Se niega continuamente a cumplir procedimientos o tratamientos que no permiten a nuestro proveedor otorgarle una atención médica apropiada.
- Programa citas y no se presenta a ellas de manera constante.

Le haremos saber por escrito cuando deba cambiar de PCP.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Cómo obtener atención cuando el consultorio de su PCP está cerrado

Si necesita atención cuando el consultorio de su PCP está cerrado (como después del horario normal de atención, en fines de semana o días festivos), llame al consultorio de su PCP. El consultorio de su PCP tendrá un mensaje o un servicio que le indicará cómo obtener atención fuera del horario normal de atención.

También puede llamar a la línea gratuita de asistencia de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1.855.383.7873**.

Continuidad de la atención

Nuevos miembros

En algunas circunstancias, Alliance proporcionará continuidad de la atención para los miembros nuevos que reciben servicios médicos de un proveedor no participante, como un médico u hospital, cuando Alliance determine que la continuación del tratamiento con un proveedor no participante es médicamente adecuada.

Si usted es un miembro nuevo o está recibiendo servicios por una afección de salud materna, puede solicitar permiso para continuar recibiendo servicios médicos de un proveedor no participante si estaba recibiendo esta atención antes de inscribirse en Alliance y si tiene una (1) de las siguientes condiciones:

- **Afección aguda:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure dicha afección aguda.
- **Embarazo (incluida la atención después del parto):** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante todo el embarazo cuando (1) el embarazo sea de alto riesgo o (2) la miembro esté en el segundo o tercer trimestre.
- **Afección crónica grave:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante el tiempo necesario para completar un tratamiento en curso y para programar la transferencia segura a otro proveedor, según lo que determine Alliance en conjunto con el miembro y el proveedor no participante, y de acuerdo con las buenas prácticas profesionales. La conclusión de los servicios cubiertos no podrá exceder los **12 meses** a partir del momento en el que se inscriba a Alliance.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

- **Cirugías o procedimientos:** la realización de cirugías u otros procedimientos que haya autorizado el plan anterior del miembro como parte de un tratamiento a seguir documentado y que el proveedor no participante haya recomendado y documentado para que se llevaran a cabo en un plazo de **180 días** a partir del momento en que el miembro se inscriba a Alliance.
- **Enfermedad terminal:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure la enfermedad terminal. La conclusión de los servicios cubiertos puede exceder los **12 meses** a partir del momento en que se inscriba a Alliance.

Para obtener una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita al **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o al **711**). Por lo general, la elegibilidad para recibir la continuidad de la atención se basa en su afección médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su afección. Si su solicitud es aprobada, usted sólo será económicamente responsable de los copagos que se apliquen de acuerdo con este plan.

Solicitaremos que el proveedor no participante esté de acuerdo con los mismos términos y condiciones contractuales que se imponen a los proveedores participantes que proporcionan servicios similares, incluidos los términos de pago. Si el proveedor no participante no acepta los términos y las condiciones, Alliance no está obligado a continuar con los servicios de ese proveedor. Alliance no está obligado a proporcionar la continuidad de la atención descrita en este capítulo a un miembro recién cubierto que estaba cubierto conforme a un acuerdo de suscriptor individual y que estaba recibiendo tratamiento en la fecha de inicio de su cobertura de Alliance. La continuidad de la atención no provee cobertura para los beneficios que no estén cubiertos de otra manera.

Alliance revisará su solicitud y emitirá una decisión en un plazo de **cinco (5) días hábiles** después de recibir toda la información necesaria para completar esta revisión. Los casos urgentes se revisarán y se emitirá una decisión en un plazo de **72 horas** después de la recepción de la información. Si se aprueba su solicitud, Alliance emitirá una autorización para los servicios que usted haya solicitado. Se le notificará por escrito si no se aprueba su solicitud. Si determinamos que usted no cumple los criterios para la continuidad de la atención y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo. (*Vea el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance para obtener más información.***)

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

Si tiene más preguntas acerca de la continuidad de la atención, lo invitamos a comunicarse al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC), que protege a los consumidores de las HMO, llamando a su línea gratuita **1.888.466.2219**; las personas con algún impedimento auditivo o del habla deben llamar a la línea CRS/TTY al **1.877.688.9891**; o visite en línea **www.hmohelp.ca.gov**.

Proveedores que dejan el plan

Si su PCP u otro proveedor de atención médica deja de trabajar con Alliance, se lo haremos saber por correo **30 días** antes de la fecha de vencimiento del contrato.

Alliance le brindará continuidad de la atención para los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor cuya participación haya vencido, si usted estaba recibiendo la atención del proveedor antes de que este dejara el plan y si tiene alguna de las siguientes condiciones:

- **Afección aguda:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure dicha afección aguda.
- **Embarazo (incluida la atención después del parto):** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante todo el embarazo cuando (1) el embarazo sea de alto riesgo o (2) la miembro esté en el segundo o tercer trimestre.
- **Afección crónica grave:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante el tiempo necesario para concluir un tratamiento y para coordinar la transferencia segura a otro proveedor, según lo que determine Alliance en conjunto con el miembro y el proveedor que haya dejado el plan, y de acuerdo con las buenas prácticas profesionales. La conclusión de los servicios cubiertos no podrá exceder los **12 meses** a partir de la fecha de vencimiento del contrato del proveedor.
- **Cirugías o procedimientos:** la realización de cirugías u otros procedimientos que haya autorizado Alliance como parte de un tratamiento a seguir documentado y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se llevaran a cabo en un plazo de 180 días a partir de la fecha de vencimiento del contrato del proveedor.
- **Enfermedad terminal:** se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure la enfermedad terminal. La conclusión de los servicios cubiertos puede exceder los **12 meses** a partir del momento en que finalice el contrato del proveedor con Alliance.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

4. Elección de médicos, proveedores y centros

La continuidad de la atención no se aplicará a los proveedores que hayan dejado el plan debido a una causa o razón disciplinaria médica, fraude u otra actividad criminal. El proveedor que haya dejado el plan debe acordar por escrito que le brindará a usted los servicios de conformidad con los términos y las condiciones, incluidas las tarifas de reembolso, del acuerdo que tenía con Alliance antes de su vencimiento. Si el proveedor no acepta estos términos y condiciones contractuales y tarifas de reembolso, no estamos obligados a continuar brindando los servicios del proveedor después de la fecha de vencimiento del contrato.

Para obtener una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita al **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o al **711**). Por lo general, la elegibilidad para recibir la continuidad de la atención se basa en su afección médica o de salud mental materna. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su afección. La continuidad de la atención no brinda cobertura para los beneficios que no estén cubiertos en virtud de este acuerdo. Si se aprueba su solicitud, usted solo será responsable económicamente de los copagos aplicables conforme a este plan.

Alliance revisará su solicitud y emitirá una decisión en un plazo de cinco **(5) días hábiles** después de recibir toda la información necesaria para completar esta revisión. Los casos urgentes se revisarán y se emitirá una decisión en un plazo de **72 horas** después de la recepción de la información. Si se aprueba su solicitud, Alliance emitirá una autorización para los servicios que usted haya solicitado. Se le notificará por escrito si no se aprueba su solicitud. Si determinamos que usted no cumple los criterios para la continuidad de la atención y no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar un reclamo. (Vea el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance para obtener más información**).

Si tiene más preguntas acerca de la continuidad de la atención, lo invitamos a comunicarse al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC), que protege a los consumidores de las HMO, llamando a su línea gratuita **1.888.466.2219**; las personas con algún impedimento auditivo o del habla deben llamar a la línea CRS/TTY al **1.877.688.9891**; o visite en línea **www.dmhc.ca.gov**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

5. Acceso oportuno a la atención

A continuación se indican los tiempos de espera para los tipos de proveedores de Alliance: PCP, servicios auxiliares, de especialidad y de salud mental.

Tipo de cita	Conditions	Debería poder obtener una cita en un plazo de:
Atención de urgencia	Servicios que no requieren autorización previa	48 hours
	Servicios que requieren autorización previa	96 hours
Atención no urgente	Para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otros problemas de salud	10 días hábiles
Atención no urgente proporcionada por un especialista	Citas no urgentes con médicos especialistas	15 días hábiles*
Cuidado de la salud mental no urgente	Citas no urgentes con un proveedor de cuidado de la salud mental que no sea médico	10 días hábiles*
Atención auxiliar no urgente	Para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones	15 días hábiles*
Atención de seguimiento de la salud mental o para trastorno por consumo de sustancias	Cita de seguimiento de salud mental o para trastorno por consumo de sustancias (no médico)	10 días hábiles a partir de la cita anterior

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

***Excepciones:** el tiempo de espera aplicable a una cita en particular puede extenderse cuando el proveedor de atención médica que le brinde el tratamiento o la remisión, o el profesional de la salud que le brinde los servicios de triaje o de detección, según sea el caso, que actúe dentro del alcance de su práctica y cumpla los estándares reconocidos profesionalmente de esta, haya determinado y anotado en el registro correspondiente que un tiempo de espera más largo no tendrá un impacto perjudicial en la salud de la persona inscrita.

Atención preventiva y de seguimiento: los servicios de atención preventiva y de atención de seguimiento periódica que se indican a continuación pueden programarse con anticipación conforme a los estándares de práctica reconocidos profesionalmente según lo haya determinado el proveedor de atención médica responsable, que actúe dentro de su competencia profesional:

- Atención preventiva integral de niños
 - evaluaciones periódicas de salud
 - inmunizaciones
 - servicios de laboratorio relacionados con las evaluaciones periódicas de salud
- Remisiones permanentes para problemas crónicos
- Embarazo
- Afecciones cardíacas
- Enfermedades mentales
- Servicios de laboratorio y radiología
- Otros seguimientos según lo indique su proveedor

Triaje o prueba de detección por teléfono: el triaje o la detección está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana a través de una llamada a su PCP. El tiempo de espera no excede los **30 minutos**.

Triaje o prueba de detección: la evaluación de los problemas de salud y los síntomas de un miembro mediante la comunicación con un médico, una enfermera registrada u otro profesional de la salud calificado que actúa dentro de su competencia profesional y que está capacitado para seleccionar o clasificar a un miembro que puede necesitar atención, con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de atención del miembro.

Entre los servicios de atención preventiva y atención periódica de seguimiento que se pueden programar con anticipación de conformidad con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos, según lo determinado por el proveedor de atención médica responsable que trabaja dentro del alcance de su práctica, se encuentran las remisiones permanentes a especialistas para una afección crónica, las visitas periódicas al consultorio para la supervisión y el tratamiento de un embarazo, las afecciones cardíacas o de salud mental, y la supervisión de laboratorio y radiológica para una enfermedad recurrente.

Cuando tenga una cita, llegue a tiempo.

Para aprovechar mejor su tiempo con el PCP:

- Pregunte si no comprende lo que necesita saber.
- Lleve una lista de problemas de salud y preguntas.
- Lleve los medicamentos que esté tomando.
- Recuerde llevar su tarjeta de identificación de miembro de Alliance.
- Informe a su PCP lo que ha hecho para tratar cualquier afección que tenga y cualquier idea que tenga para el tratamiento.
- Dígale a su PCP lo que crea que esté ocasionando el problema, incluso si usted considera que no es importante. Esto puede serle útil al PCP.

6. Cómo usar su plan de salud

Remisiones y autorizaciones de servicios

Remisiones a especialistas

Su PCP lo remitirá a un especialista para todos los servicios cubiertos médicamente necesarios que no pueda proporcionarle él. Usted será remitido a un especialista de Alliance.

Si su PCP es un proveedor de la Community Health Center Network (CHCN), esta información aparecerá en su tarjeta de identificación de miembro de Alliance. Si ve esta información en su tarjeta de identificación de miembro de Alliance, quiere decir que necesitará ver a un especialista dentro de su red. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Los servicios que generalmente requieren una remisión incluyen, entre otros, los siguientes:

- visitas a consultorios de especialistas de Alliance
- rayos X de diagnóstico, incluidas las mamografías
- servicios de laboratorio

Servicios de salud mental (MH)

Los servicios de salud mental (MH) son beneficios cubiertos a través de Alliance. Para obtener más información sobre los servicios de salud mental, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Remisiones permanentes

Si usted tiene una afección o enfermedad que requiera atención médica especializada durante un periodo prolongado, es posible que necesite una remisión permanente a un especialista para recibir atención especializada continua. Si recibe una remisión permanente a un especialista, no necesitará obtener una remisión cada vez que vea a ese especialista.

Además, si su afección o enfermedad pone en riesgo su vida, es degenerativa o incapacitante, es posible que necesite recibir una remisión permanente a un especialista o a un centro de atención especializado que sea experto en el tratamiento de su afección o enfermedad, y para que el especialista coordine su atención médica.

Para obtener una remisión permanente, llame a su PCP.

Servicios que no requieren una remisión: proveedores de Alliance

Los siguientes servicios no requieren una remisión de su PCP o de Alliance, si usted usa los proveedores de Alliance:

- diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- planificación familiar
- servicios de ginecobstetricia (OB/GYN)
- atención prenatal
- servicios que proporciona su PCP
- servicios de aborto
- servicios de urgencia o emergencia (*para obtener más información, vea el **Capítulo 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina***)
- diagnóstico y tratamiento de abuso sexual o violación, incluida la obtención de evidencia médica sobre el presunto abuso sexual o violación

Autorizaciones

Alliance deberá autorizar algunos servicios médicos, equipos médicos o medicamentos antes de que usted los obtenga. Este proceso se llama gestión de utilización o UM. Su proveedor sabe qué servicios requieren autorización. La aprobación previa se hace pidiendo a su proveedor que entregue una solicitud de autorización a Alliance. La autorización se revisa para garantizar que usted esté recibiendo servicios que son médicamente necesarios y que están cubiertos por Alliance. Si el servicio cubierto médicamente necesario no está disponible en la red dentro de los estándares de acceso oportuno y geográfico, Alliance organizará los servicios de fuera de la red y de seguimiento.

Como miembro de Alliance, usted debe saber cómo tomamos las decisiones:

1. Antes de tomar una decisión de UM, revisamos si un servicio es médicamente necesario y si Alliance lo cubre. Cuando Alliance recibe una solicitud de autorización de un proveedor, nuestro personal médico (médicos, enfermeros y farmacéuticos) la revisa. Ellos revisan cada caso para asegurarse de que esté usted recibiendo una atención de calidad y el tratamiento más adecuado para su afección médica o del comportamiento de acuerdo con pautas clínicas.
2. No recompensamos a nadie que tome una decisión de UM, lo que incluye a los médicos cuando niegan la cobertura de un servicio a un miembro.
3. No le damos dinero extra a nadie para evitar que usted obtenga la atención que necesita o para que obtenga menos atención.

Decidiremos si vamos a autorizar los servicios después de recibir toda la información al respecto (incluidos los resultados de pruebas y exámenes) en un plazo de **cinco (5) días hábiles** si el servicio no es de urgencia. En caso de un servicio urgente, tomaremos una decisión en un máximo de **72 horas**. Si Alliance no puede cumplir estos plazos, le informaremos a usted y a su proveedor que se requiere más tiempo.

Si se aprueba la solicitud de autorización, el proveedor puede otorgarle los servicios, el equipo médico duradero o los medicamentos. En caso de que se rechace la solicitud de autorización, primero se notificará al proveedor por teléfono o por fax. Además, usted y su proveedor recibirán una carta de nosotros en un plazo de **uno (1) a dos (2) días hábiles**. La carta informará a usted y al proveedor que la solicitud de autorización fue rechazada y por qué. También les dirá sobre su derecho a apelar la denegación y les proporcionará información sobre cómo hacerlo.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Si recibe servicios de un especialista antes de recibir la autorización requerida, usted será responsable del pago del costo del tratamiento. Esto no se aplica a las situaciones de emergencia o de urgencia. *(Para más información, vea el **Capítulo 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina**).*

Los servicios que requieren autorización incluyen, entre otros:

- equipo médico duradero (DME), como aparatos de ortesis y prótesis
- terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- atención médica en el hogar
- atención de enfermos terminales
- servicios por abuso de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- terapia física, ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios
- estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) para pacientes ambulatorios
- pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- servicios de proveedores que no pertenecen a Alliance
- atención en un centro de enfermería especializada
- algunas recetas médicas

Segundas opiniones

Si tiene preguntas sobre un tratamiento o una cirugía que su proveedor dice que usted necesita, es posible que quiera una segunda opinión.

Dentro de las razones por las cuales usted podría solicitar una segunda opinión están:

- Usted cuestiona lo razonable o la necesidad de un procedimiento quirúrgico recomendado.
- Usted tiene preguntas sobre un diagnóstico o un plan de tratamiento de una afección crónica o de una afección que podría causar la pérdida de la vida, de alguna extremidad o de alguna función del cuerpo, o alguna discapacidad grave.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Su proveedor no puede diagnosticar su afección, o su diagnóstico no está claro, debido a resultados de pruebas contradictorios.
- Ha intentado seguir su plan de tratamiento o consultado con su proveedor inicial acerca de sus inquietudes sobre el diagnóstico o el plan de tratamiento, pero su salud no mejora.

Le recomendamos hablar con su PCP si quiere una segunda opinión. Para recibir una segunda opinión de un proveedor de la red de Alliance, no es necesaria la autorización previa de Alliance. Para obtener segundas opiniones de un proveedor externo a la red de Alliance, su médico tratante deberá enviar a Alliance una solicitud de autorización previa.

Alliance le informará en un plazo de **cinco (5) días hábiles** si se aprobó al proveedor que eligió para la segunda opinión. Si su afección médica representa una amenaza grave e inminente para su salud, incluidas, entre otras, la pérdida potencial de la vida, de alguna extremidad o de alguna función corporal, o una discapacidad severa, o si un retraso perjudicaría su capacidad de recuperar su funcionamiento máximo, su solicitud para obtener una segunda opinión se procesará en un plazo de **72 horas** a partir de que Alliance reciba la solicitud.

Usted será responsable de pagar todos los copagos por la segunda opinión que reciba.

Si se rechaza su solicitud para obtener una segunda opinión y desea disputar la denegación, por favor llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Nueva tecnología

Alliance quiere proporcionar atención de calidad a nuestros miembros. Tenemos un proceso para revisar nueva tecnología, como procedimientos médicos o conductuales, medicamentos y dispositivos. Evaluamos los informes de médicos expertos para decidir si debemos cubrir nueva tecnología como beneficio para nuestros miembros.

7. Servicios disponibles

Servicios de aborto

Los servicios de aborto están cubiertos solo si los brinda un proveedor de Alliance. Los miembros no requieren la aprobación de su PCP para obtener este servicio. El aborto y los servicios relacionados con el aborto están cubiertos sin costos compartidos, deducibles, límites anuales o de por vida ni requisitos de autorización previa.

Servicios de educación sobre la salud de Alliance

Usted es la persona más importante involucrada en su salud. Las decisiones diarias que tome pueden ayudarle a vivir una vida más saludable. Aprender sobre su cuerpo y cuidar de él le traerá beneficios. Su atención médica es un esfuerzo en equipo entre usted, su PCP y Alliance. Queremos que esté tan sano como sea posible. Esto puede implicar dejar de fumar, comer de forma más saludable, estar más activo físicamente o aprender a reducir el estrés. Si tiene alguna pregunta acerca de la educación sobre la salud, pregúntele a su PCP o llame a Alliance para informarse sobre las formas en que podemos ayudarle a mantenerse saludable.

Estamos aquí para ayudarle, llame a los siguientes:

de los Programas de Salud de Alliance
Número de teléfono: **1.510.747.4577**

Departamento de Servicios al Miembro de Alliance
Número de teléfono del: **1.510.747.4567**
Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):
711/1.800.735.2929

Como miembro de Alliance, obtendrá boletines llamados "Alliance Member Connect". Los boletines le brindarán información sobre los programas de educación sobre la salud disponibles en su comunidad e incluirán artículos sobre temas de salud que lo beneficiarán a usted y su familia.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios para el asma

El asma afecta tanto a los niños como a los adultos. Durante un episodio de asma (ataque) puede ser muy difícil respirar. Lo bueno es que la mayoría de las personas puede aprender a controlar el asma y mantenerse saludables. Colabore con su PCP para crear un plan de acción para el asma. Su PCP y Programas de Salud de Alliance pueden ayudarle a aprender cómo evitar los factores que desencadenan el asma y a usar los medicamentos de la mejor manera. Con un buen control, puede ayudar a evitar ataques. Los servicios incluyen beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para espaciadores de inhaladores, nebulizadores incluyendo máscaras y tubos, medidores de flujo máximo y educación sobre el asma cuando sea médicamente necesario para la administración y el tratamiento del asma pediátrica.

Para obtener más información sobre el asma, llame a Programas de Salud de Alliance al **1.510.747.4577**.

Servicios de lactancia

El amamantamiento da grandes beneficios a la mamá y al bebé. La leche materna tiene toda la nutrición necesaria para ayudar a su bebé a mantenerse saludable y es mucho menos costosa que la fórmula. Alliance ofrece recursos para la lactancia como remisiones para educación, apoyo a la lactancia y remisiones para extractores de leche, todo ello sin costo alguno. Para obtener más información sobre los servicios de lactancia, por favor llame a Programas de Salud de Alliance al **1.510.747.4577**.

Servicios para Niños de California (CCS)

Como parte de los servicios proporcionados, los miembros de Alliance menores de 21 años que requieran atención médica especializada pueden ser elegibles para Servicios para Niños de California (CCS).

CCS es un programa médico de California que trata a niños que tienen ciertas afecciones que los debilitan físicamente y que necesitan atención médica especializada. Este programa se ofrece a todos los niños en California cuyas familias cumplen con ciertos lineamientos de salud, ingresos y vivienda. La oficina de CCS del Condado de Alameda coordina todos los servicios proporcionados a través del programa CCS.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Si el PCP de un miembro sospecha de una posible afección elegible para CCS o la identifica, debe remitirlo al programa CCS local. El programa CCS (oficina local o regional) decidirá si la afección del miembro está cubierta por los servicios de CCS.

Si se elige un miembro para los servicios de CCS, el miembro permanecerá inscrito en el Programa Alliance Group Care. El miembro será remitido y debe recibir tratamiento para la afección elegible para CCS a través de la red especializada de proveedores de CCS o los centros especializados aprobados por CCS. Estos proveedores y centros especializados de CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones elegibles para CCS.

Alliance seguirá proporcionando atención primaria y atención preventiva integral a los niños, que incluyen atención hospitalaria, médica y quirúrgica no relacionada con la afección elegible para CCS, según lo descrito en este documento, y también trabajará con el programa CCS para coordinar la atención proporcionada tanto por el programa CCS como por Alliance.

Coordinación de la atención

Alliance proporciona servicios de administración de casos para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. Alliance se coordinará con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si dichos servicios los cubre otro programa y no Alliance. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Servicios confidenciales de asesoría, pruebas y tratamiento de VIH

Usted puede obtener pruebas por parte de su PCP o de las clínicas enumeradas en la sección "**Sitios de pruebas del VIH confidenciales**" en el directorio de proveedores. También puede consultar el directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. No necesita la aprobación de su PCP para estos servicios.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

La cobertura de recetas para medicamentos antirretrovirales del formulario, incluida la profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP), está disponible en los beneficios farmacéuticos sin necesidad del requisito de autorización previa/terapia escalonada.

Alliance cubre las vacunas contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aprobadas para su comercialización por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal y recomendadas por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Alliance no cubre ningún ensayo clínico relacionado con una vacuna contra el SIDA ni ninguna vacuna contra el SIDA que haya sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal en forma de una solicitud de nuevo medicamento en investigación.

Servicios de control de la diabetes

La diabetes es una enfermedad grave que afecta la manera en la que el cuerpo usa los alimentos como energía. Si no se controla, la diabetes puede causar problemas de salud graves. La buena noticia es que cualquiera puede aprender a llevar una vida sana, ¡incluso con diabetes!

Los miembros menores de 21 años con diabetes pueden ser elegibles para CCS. Los niños que sean elegibles para CCS deben recibir estos servicios mediante el programa CCS.

Si usted tiene diabetes, debe participar de manera activa para cuidarse todos los días. Mediante un esfuerzo en equipo entre usted, su PCP y Alliance, podemos controlar mejor su diabetes. Debe asistir a revisiones de rutina con su PCP para que le revise los pies, la presión arterial y el nivel de glucosa en la sangre. También debe realizarse un examen ocular para diabéticos cada año con un médico de atención de la vista. Su PCP también puede remitirlo a un programa de educación para la diabetes. Ahí aprenderá sobre el cuidado personal de la diabetes como tomar medicamentos, realizarse análisis de sangre, planear las comidas, consejos para ejercitarse y disminuir el estrés. Para obtener más información sobre los programas de educación sobre la diabetes, llame a Programas de Salud de Alliance al **1.510.747.4577**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios de tratamiento de consumo de drogas y alcohol

Los servicios de tratamiento de consumo de drogas y alcohol (desintoxicación) son beneficios cubiertos a través de Alliance. Para obtener más información sobre los servicios de tratamiento de consumo de drogas y alcohol (desintoxicación), llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Servicios de planificación familiar

Consulte a su PCP para recibir servicios de planificación familiar. También puede acudir con un especialista en OB/GYN, una enfermera obstétrica certificada, una enfermera profesional con práctica médica o a una clínica de nuestro plan. No necesita la aprobación de su PCP para acudir con otro proveedor o clínica. Consulte el directorio de proveedores para encontrar los sitios donde puede obtener servicios de planificación familiar. También puede consultar el directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org.

Servicios de conservación de la fertilidad

Los siguientes servicios de fertilidad están cubiertos cuando sean médicamente necesarios de acuerdo con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos:

- servicios médicos, incluida la consulta y la remisión
- servicios para pacientes hospitalizados y servicios de atención para pacientes ambulatorios
- servicios de laboratorio de diagnóstico y radiológicos terapéuticos y de diagnóstico

Estos servicios están cubiertos cuando un tratamiento médicamente necesario como cirugía, quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico causó directa o indirectamente la infertilidad.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

Servicios de pruebas y asesoría genéticas

Si planea quedar embarazada o está embarazada y quiere obtener información sobre las pruebas y la asesoría genéticas, consulte a su PCP.

Servicios ginecológicos

No necesita una remisión de su PCP para recibir servicios de OB/GYN). Puede acudir con cualquier OB/GYN, enfermera partera certificada o enfermera profesional con práctica médica certificada o a una clínica de nuestro plan sin la aprobación de su PCP. Consulte el directorio de proveedores para ver los proveedores de nuestra red. También puede consultar el directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org.

Las mujeres deben realizarse una revisión anual (una vez al año), que incluye un examen ginecológico con su PCP o con un OB/GYN. Una buena forma de recordar estas consultas es programar una cita cerca de su cumpleaños cada año. Estas consultas le ayudarán a mantenerse saludable. Si desea más información sobre estas pruebas, llame a Programas de Salud de Alliance al **1.510.747.4577**.

Servicios para el recién nacido

Su recién nacido está cubierto automáticamente por Alliance a partir de la fecha de nacimiento hasta los primeros **30 días** de vida únicamente. Los dependientes no son elegibles para inscribirse en el Programa Alliance Group Care.

Servicios de salud mental (MH)

Los servicios de salud mental (MH) son beneficios cubiertos a través de Alliance. Para obtener más información sobre los servicios de MH, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios farmacéuticos para pacientes ambulatorios

Un médico de la red de proveedores de Alliance debe escribir sus recetas médicas excepto cuando reciba servicios de emergencia o de atención de urgencia. Usted debe obtener los medicamentos de una farmacia de la red de farmacias de Alliance, excepto para situaciones de emergencia o de atención de urgencia. Asegúrese de llevar con usted la tarjeta de identificación de miembro de Alliance a la farmacia.

Cubrimos los medicamentos y artículos médicamente necesarios cuando son recetados por un proveedor de Alliance y proporcionados en una farmacia de Alliance.

Alliance proporciona continuación de la terapia a los miembros que usan medicamentos médicamente necesarios cuando se puede demostrar mediante notas de la clínica o certificación del proveedor para productos OTC o el historial de surtido de recetas previamente aprobadas que muestre que el miembro ha estado usando los medicamentos.

Nivel de medicamentos: grupo de medicamentos recetados que corresponden a un nivel de costo compartido especificado en la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud. El nivel en el que se coloca un medicamento recetado determina la parte del costo que le corresponde a la persona inscrita.

Costo de desembolso directo: copagos, coseguro y el deducible aplicable, además de todos los costos de los servicios de cuidado de la salud que no cubre el plan de salud.

Tenga en cuenta: Los tipos de niveles del formulario de Alliance incluyen el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el Nivel 3 (medicamentos de marca). Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago de \$10 por un suministro para **30 días** y los medicamentos del Nivel 3 tienen un copago de \$15 por un suministro para 30 días. Alliance tiene un programa obligatorio de medicamentos genéricos que fomenta el uso de las opciones genéricas frente a las de marca.

Medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario

Nuestro formulario de medicamentos es una lista de medicamentos aprobados por nuestro Comité Farmacéutico y Terapéutico (Pharmacy and Therapeutics, P&T) para nuestros miembros. Un comité de médicos y farmacéuticos de Alliance revisa los medicamentos para agregarlos o eliminarlos del formulario cada **tres (3) meses**. Ellos eligen los medicamentos para la lista basándose en factores como la seguridad y la efectividad del medicamento.

Los medicamentos recetados para usted que formen parte del formulario de Alliance generalmente no requieren autorización. Algunos medicamentos del formulario pueden tener ciertos límites o requerir una terapia escalonada (vea los temas subsiguientes). Un medicamento que no esté en la lista (un medicamento no incluido en el formulario) puede aprobarse si su médico solicita una autorización y le da una razón a Alliance por la cual usted necesita ese medicamento que no está incluido en el formulario.

Para saber si un medicamento está en el formulario o para obtener una copia de este, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

El formulario también está disponible en nuestro sitio web en **www.alamedaalliance.org**. Un medicamento que esté en la lista del formulario no garantiza que su médico le recete ese medicamento.

Su médico también puede recetar un medicamento para un uso diferente del uso para el que fue aprobado si es médicamente necesario y cumple todas las condiciones para la autorización.

Si Alliance rechaza su solicitud de un medicamento por determinarse que no es médicamente necesario, o que es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance**).*

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Tiene derecho a solicitar una revisión externa cuando Alliance rechace una solicitud de autorización previa (Prior Authorization, PA) para un medicamento que no está cubierto por el plan o para un medicamento o terapia experimental. Las solicitudes de revisiones externas no le impiden presentar un reclamo o solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California.

Cada solicitud de receta para paciente ambulatorio se revisará mediante una solicitud de excepción de PA en un plazo de **24** (para solicitudes urgentes) a **72 horas** (para solicitudes no urgentes) a partir del momento en que se reciba. Se enviarán los documentos de determinación de la cobertura a la persona inscrita (o a quien esta designe) y al proveedor que le haya recetado el medicamento dentro de este plazo en función de su carácter de urgente o no urgente. Los documentos de determinación de la cobertura incluirán información sobre los derechos de apelación, los procedimientos y la duración de la cobertura. Si el plan no responde a una solicitud de excepción de autorización previa completada en un plazo de **24** (para solicitudes urgentes) a **72 horas** (para solicitudes no urgentes), entonces se aprobará la solicitud.

Medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico tiene el mismo ingrediente activo que la versión de marca del medicamento (ambos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA]). Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

Alliance tiene un programa obligatorio de genéricos. Este programa promueve el uso de opciones genéricas sobre las de marca cuando sea médicamente adecuado. Cuando su médico le dé una receta para un medicamento de marca y no uno genérico debido a que es médicamente necesario, su médico debe solicitar autorización y dar a Alliance una razón por la que usted necesita el medicamento de marca.

Límites de cantidad/límite de suministro diario

Cubrimos medicamentos médicamente necesarios recetados por su médico para un suministro de **30 días** en un periodo de **30 días**. Si necesita un medicamento que sobrepase el límite, su médico nos puede enviar un formulario de autorización previa. En algunos casos, su médico puede recetarle un suministro para **90 días** de medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted necesita tomar durante mucho tiempo, como pastillas para la presión alta o para la diabetes.

Terapia escalonada

Alliance tiene un programa de "terapia escalonada" en el que se deben probar primero algunos medicamentos recetados médicamente apropiados para una afección dada y según lo recetado. En este programa, Alliance puede exigir que la persona inscrita pruebe primero y vea si fallan uno o más medicamentos preferentes con una buena relación costo-eficacia o seguros para tratar la afección médica de la persona inscrita para que Alliance pueda cubrir un medicamento alternativo. Si el proveedor que hace la receta médica a la persona inscrita envía una solicitud de excepción de terapia escalonada, Alliance hará excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

Surtido parcial

Alliance tiene disponibilidad de surtidos parciales de medicamentos médicamente necesarios aprobados.

Servicios durante el embarazo

Si usted es miembro de Alliance y está embarazada, o cree que podría estarlo, es importante visitar a su proveedor para obtener atención prenatal tan pronto como sea posible; de esta forma, usted y su bebé podrán estar lo más sanos que sea posible. Usted no requiere una remisión de su PCP para consultar a los OB/GYN, a las enfermeras parteras certificadas, a las enfermeras profesionales con práctica médica certificadas o para visitar las clínicas de nuestro plan.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Si desea obtener información acerca de cómo llevar un embarazo saludable, llame a Programas de Salud de Alliance. También podemos ayudarle a encontrar servicios de apoyo, como para dejar de fumar, para amamantar y para lidiar con el estrés familiar.

Deberá acudir con su proveedor **seis (6) semanas** después de tener a su bebé. Este es un momento importante para que su proveedor observe cómo está cambiando su cuerpo después del parto y se asegure de que usted esté bien. Algunos días después de haber dado a luz, llame al consultorio de su proveedor para programar una cita de posparto.

Atención de enfermedades de transmisión sexual

Puede obtener pruebas y tratamiento confidenciales de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como sífilis, gonorrea y clamidia.

Tenemos los siguientes tipos de proveedores en nuestro plan que pueden proporcionar tratamiento:

- parteras certificadas y enfermeras profesionales con práctica médica certificadas
- sitios de planificación familiar
- proveedores de atención primaria (PCP)
- sitios de pruebas y tratamiento de ETS
- especialistas en mujeres (OB/GYN)
- kits de pruebas para el hogar y procesamiento de estos en el laboratorio

Su PCP no necesita aprobar este tipo de atención. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte las secciones “Sitios de pruebas y tratamiento de ETS”, “Obstetras/ginecólogos” y “PCP: su médico regular” en el directorio de proveedores.

8. Atención de emergencia, de urgencia y de rutina

Qué hacer durante una emergencia

Una emergencia es el inicio o comienzo repentino de una afección médica o enfermedad que es una amenaza inmediata para su bienestar (incluido el dolor agudo), de la que si no recibiera atención médica inmediata podría esperar razonablemente que:

- su salud estaría en grave peligro;
- tendría problemas graves con las funciones de su cuerpo, o
- alguna parte u órgano de su cuerpo sufriría daños graves.

Alliance cubre la atención de emergencia las 24 horas, tanto dentro como fuera del Condado de Alameda. Usted no necesita una autorización previa para recibir atención de emergencia. La atención de emergencia incluye las pruebas de detección, los exámenes y la evaluación de una afección médica o psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para eliminar dicha afección médica o psiquiátrica dentro de las capacidades del centro. El parto activo asociado al embarazo es una afección de emergencia.

Cuando necesite atención de emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana o llame al **911**. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Alliance al personal de la sala de emergencia. Si recibe servicios de emergencia dentro o fuera del área de servicio del plan y recibe una cuenta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si está sufriendo una crisis de salud mental o por consumo de sustancias, o tiene pensamientos suicidas, llame o envíe un mensaje de texto al "988" o converse con 988lifeline.org

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. www.alamedaalliance.org.

Atención posterior a la estabilización y de seguimiento

Después de recibir servicios de emergencia, necesitará llamar a su PCP para obtener la atención adicional que necesite.

Una vez que su afección médica de emergencia haya sido tratada en un hospital y la emergencia ya no exista porque su afección se estabilizó, es posible que el médico que lo esté atendiendo quiera que usted se quede en el hospital por más tiempo antes de que pueda dejar este sin peligro. Los servicios que usted recibe después de que una afección de emergencia es estabilizada se llaman “servicios posteriores a la estabilización”.

Si Alliance aprueba que su estadía continúe en el hospital no contratado, usted no tendrá que pagar por los servicios excepto por cualquier copago que Alliance requiera normalmente.

Si Alliance avisó al hospital no contratado que usted puede ser trasladado sin peligro a uno de los hospitales contratados del plan, Alliance organizará y pagará su traslado del hospital no contratado a uno que sí esté contratado.

Si Alliance determina que usted puede ser transferido sin peligro a un hospital contratado, pero usted o sus padres o su tutor no están de acuerdo con que sea transferido, usted tendrá que pagar todos los costos por los servicios posteriores a la estabilización que se le brinden en el hospital no contratado después de que su afección de emergencia haya sido estabilizada.

Además, es posible que usted tenga que pagar los servicios si el hospital no contratado no puede averiguar cuál es su nombre y no puede obtener información de contacto con el plan para solicitar la aprobación para brindar los servicios una vez que usted está estable.

Obtención de servicios de atención de urgencia

Una afección médica de urgencia no es una emergencia, pero puede requerir una atención médica rápida.

Los servicios de atención de urgencia son aquellos servicios:

- necesarios para prevenir un deterioro grave de la salud
- que resultan de una enfermedad, lesión o complicación imprevistas de una afección existente, incluido el embarazo, cuyo tratamiento no pueda esperar a que usted regrese al área de servicio del plan

Alliance cubre la atención de urgencia, tanto dentro como fuera del Condado de Alameda, pero la forma de obtener los servicios de atención de urgencia es diferente:

En el Condado de Alameda

Si necesita servicios de atención de urgencia mientras está dentro del Condado de Alameda, puede llamar a su PCP. El número de teléfono de su médico de cabecera está al frente de su tarjeta de identificación de Alliance. Puede llamar a su PCP a cualquier hora del día o de la noche.

Si no puede consultar a su PCP, puede ir a cualquier centro de atención de urgencia de la red en el Condado de Alameda. Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia contratados, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Outside of Alameda County

Si necesita servicios de atención de urgencia mientras está fuera del Condado de Alameda, le aconsejamos que llame a su PCP. Usted puede recibir servicios de atención de urgencia sin autorización y sin haber llamado a su PCP. Si recibe tratamiento de atención de urgencia mientras se encuentra fuera del área de servicio de Alliance y recibe una cuenta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita 1.877.932.2738 (TTY 1.800.735.2929 o 711). *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 11: Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros**).*

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios que no son de emergencia ni de urgencia

Los servicios médicos que se ofrecen en un establecimiento de atención de emergencia o de urgencia para afecciones que no sean de emergencia ni urgentes no están cubiertos por este plan. Los miembros serán responsables de los cargos relacionados con estos servicios. El plan revisará estos servicios con base en la creencia razonable del miembro de que la situación era de urgencia o emergencia en el momento de acceder a estos servicios.

Cómo obtener atención de rutina

La atención de rutina es atención médica importante para que se mantenga saludable. La atención de rutina pueden ser revisiones y servicios para evitar que se enferme.

Su PCP probablemente será el proveedor de su atención de rutina. Usted debe hacer citas para obtener revisiones con regularidad.

9. Lista de beneficios médicos

Los beneficios están sujetos a una remisión por parte de su PCP, a una autorización, a los copagos aplicables y a todos los demás términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta EOC, incluidos los enumerados en la sección

Exclusiones/limitaciones.

Alliance cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios o se determina que son servicios de atención preventiva:

Aborto

Los servicios de aborto están cubiertos solo si los brinda un proveedor de Alliance. Los miembros no requieren la aprobación de su PCP para obtener este servicio.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consulta

Acupuntura

Los servicios de acupuntura se ofrecen como beneficio de autorremisión. Un proveedor participante de Alliance deberá proporcionar los servicios. Suelen proporcionarse solo para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para el tratamiento de un dolor crónico.

Costo para el miembro:

- Copago de \$5

Exclusiones/limitaciones:

- Los beneficios tienen un límite de 10 consultas por año de beneficios.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Línea de asistencia de enfermería

La línea de asistencia de enfermería se ofrece las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a todos los miembros para ayudar a responder sus preguntas de salud en relación con enfermedades y afecciones comunes, consejos para un estilo de vida saludable, pruebas de detección de salud y vacunas. La línea de asistencia de enfermería lo comunica con una enfermera registrada (Registered Nurse, RN) que hablará con usted sobre su salud y bienestar.

La RN también le ayudará a decidir qué tipo de atención debe buscar, incluyendo:

- si su problema de salud puede tratarse en el hogar;
- si debe consultar a un médico, o
- si puede necesitar obtener atención urgente o inmediata.

Para acceder a la línea de asistencia de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los miembros pueden llamar a la línea gratuita **1.855.383.7873**.

Anteojos y lentes para cataratas

Está cubierto un (1) par de anteojos o lentes de contacto convencionales, en caso de ser necesarios, después de una cirugía de cataratas con la inserción de un lente intraocular.

Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de estas afecciones:

- Aniridia
 - hasta **dos (2) lentes de contacto** médicamente necesarios por ojo (incluidas la adaptación y la entrega) **en cualquier periodo de 12 meses**, tanto si son proporcionados por el plan durante el contrato actual o el periodo de **12 meses** de un contrato anterior
- Afaquia
 - hasta **seis (6) lentes de contacto afáquicos** médicamente necesarios por ojo (incluidas la adaptación y la entrega) **por año calendario para los miembros**, ya sean proporcionados por el plan de acuerdo con el contrato actual o con un contrato anterior **en el mismo año calendario**

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos se ofrecen como beneficio de autorremisión. Un proveedor participante de Alliance deberá proporcionar los servicios.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10

Exclusiones/limitaciones:

- Los beneficios tienen un límite de 20 consultas por año de beneficios.

Ensayo clínico

Los ensayos clínicos que califican son estudios en cualquier fase de desarrollo que se llevan a cabo en relación con el tratamiento de alguna enfermedad o afección grave o potencialmente mortal que fueron aprobados, realizados o apoyados por alguna de las organizaciones enumeradas en la ley federal¹. El tratamiento incluye medicamentos nuevos u otros tratamientos contra el cáncer.

Se proporciona cobertura para la participación de un miembro en un ensayo clínico sobre cáncer, fases I a IV, cuando el médico tratante del miembro haya recomendado su participación en el ensayo y el miembro cumpla los siguientes requisitos:

- Se debe haber diagnosticado al miembro cáncer u otras enfermedades o afecciones potencialmente mortales.
- El miembro debe ser aceptado en un ensayo clínico de fase I a IV para el cáncer u otras enfermedades o afecciones potencialmente mortales.

- El ensayo clínico está aprobado por uno de los siguientes: los Institutos Nacionales de la Salud, la FDA, el Departamento de Defensa de EE. UU. o el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (necesita un número de ensayo clínico nacional).
- Involucrar un medicamento exento conforme a las regulaciones federales de una solicitud para nuevo medicamento.
- El proveedor tratante del miembro debe recomendar la participación en el ensayo clínico después de determinar que la participación es potencialmente significativa para beneficiar al miembro con una declaración firmada.

Los beneficios incluyen el pago de los costos asociados con la prestación de servicios de atención médica, incluidos medicamentos, artículos, dispositivos o servicios que de otro modo estarían cubiertos si no se proporcionaran en relación con un programa de ensayo clínico aprobado.

Los costos de rutina de los pacientes por ensayos clínicos incluyen:

- servicios de cuidado de la salud necesarios para la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
- servicios de cuidado de la salud necesarios para la supervisión clínicamente apropiada del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
- servicios de cuidado de la salud proporciona dos para prevenir complicaciones que surjan de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación
- servicios de cuidado de la salud necesarios para los cuidados razonables y necesarios que surjan de la provisión del medicamento, artículo, dispositivo o servicio de investigación, incluidos el diagnóstico o tratamiento de las complicaciones

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por visitas al consultorio
- Copago de \$10 por un suministro para 30 días de medicamentos recetados genéricos (medicamentos para pacientes ambulatorios fuera del ensayo clínico)
- Copago de \$15 por un suministro para 30 días de medicamentos recetados de marca (medicamentos para pacientes ambulatorios fuera del ensayo clínico)

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Exclusiones/limitaciones:

- Artículo o servicio en investigación objeto del ensayo clínico calificado.
- Cualquier artículo o servicio relacionado con el ensayo clínico calificado que esté excluido de la cobertura del programa Medi-Cal.
- Cualquier artículo o servicio que se proporcione solo a una persona para satisfacer las necesidades de obtención y análisis de datos para el ensayo clínico calificado.
- Gastos no clínicos asociados al ensayo clínico que no se consideran un servicio cubierto.
- Servicios de cuidado de la salud que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación sin costo alguno para cualquier persona inscrita en el ensayo.
- Servicios de cuidado de la salud que de otra forma no sean un beneficio (excepto los excluidos por ser experimentales o de investigación).
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes, educación y terapia nutricional médica ambulatorias necesarias para permitir al miembro utilizar el equipo, los suministros y los medicamentos apropiadamente y conforme a lo recetado por el proveedor de Alliance del miembro.
- Provisión de medicamentos o dispositivos que no estén aprobados por la FDA que sean el objeto del estudio.
- El miembro no está restringido a participar en un ensayo clínico calificado en hospitales y médicos participantes de California a menos que el protocolo del ensayo clínico no se proporcione en un hospital de California o a través de un médico de California.

Inmunizaciones, pruebas diagnósticas y de detección, terapéutica y tratamiento del COVID-19

Alliance cubre las pruebas, las vacunas y los tratamientos de COVID-19. No hay ningún costo compartido por estos servicios. No se requiere autorización previa para las pruebas de diagnóstico y detección de COVID-19 ni para los servicios de cuidado de la salud relacionados para los que la Administración de Alimentos y Medicamentos federal ha concedido autorización de uso de emergencia. Las pruebas cubiertas incluyen a los miembros que:

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Tienen síntomas de COVID-19.
- Se sabe o se sospecha que han tenido una exposición reciente al SARS-CoV-2.
- Son asintomáticos y no se sabe o se sospecha que hayan tenido una exposición reciente al SARS-CoV-2 si la prueba de COVID-19 refleja una evaluación clínica individualizada.

Además, no se requiere autorización previa para los servicios terapéuticos para el COVID-19 si usted da positivo.

Si da positivo en una prueba casera de COVID-19, comuníquese con su médico para averiguar si los tratamientos terapéuticos para el COVID-19 son adecuados para usted.

Si necesita ayuda para comunicarse con su médico, llame al:

Departamento de Servicios al Miembro de Alliance

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Número de teléfono: 1.510.747.4567

Línea gratuita: 1.877.932.2738

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929

Servicios dentales

Para obtener información sobre los servicios dentales, comuníquese con la Autoridad Pública llamando al **1.510.577.3552**.

Control y tratamiento de la diabetes

Los siguientes servicios, suministros y equipo para el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, la diabetes no insulino dependiente y la diabetes gestacional están cubiertos por Alliance cuando son médicamente necesarios o se determina que son servicios de atención preventiva, incluso si los artículos están disponibles sin receta médica:

- monitores del nivel de glucosa en la sangre y tiras reactivas del nivel de glucosa en la sangre, incluidos los monitores del nivel de glucosa en la sangre diseñados para ayudar a las personas con problemas de la vista
- monitor continuo de glucosa (Continuous Glucose Monitor, CGM)

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- glucagón
- insulina
- bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados
- jeringas de insulina
- tiras reactivas de cetonas en la orina
- lancetas y dispositivos de punción
- la capacitación para el autocontrol de la diabetes, educación y terapia nutricional médica ambulatorias necesarias para permitir al miembro utilizar el equipo, los suministros y los medicamentos apropiadamente y conforme a lo recetado por el proveedor de Alliance del miembro
- plumas de insulina para la administración de la misma
- dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes
- medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes
- aparatos visuales, excepto los lentes, para ayudar a las personas con problemas de la vista con las dosis adecuadas de insulina

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por visitas al consultorio médico
- Copago de \$10 por medicamentos genéricos
- Copago de \$15 por medicamentos recetados de marca

Servicios de diagnóstico y de laboratorio

Los servicios de laboratorio y los servicios mayores de diagnóstico médicamente necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y dar atención de seguimiento apropiadamente a los miembros incluyen, entre otros:

- Pruebas de biomarcadores para miembros con cáncer avanzado o metastásico en etapa 3 o 4.
- Electrocardiografía, electroencefalografía y mamografía para fines de detección o de diagnóstico.
- Pruebas para el control de la diabetes, el colesterol, los triglicéridos, la microalbuminuria, las lipoproteínas de alta y baja densidad (High-Density/Low-Density Lipoprotein, HDL/LDL) y la hemoglobina A-1C (glicohemoglobina).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Pruebas de detección de cáncer generalmente aceptadas que incluyen pruebas de detección o exámenes citológicos periódicos de cáncer de seno, cuello uterino, colon, pulmón o próstata, incluida cualquier prueba aprobada por la FDA previa remisión por parte del proveedor de atención médica del miembro y apegados a la práctica médica generalmente aceptada y la evidencia científica.
- Diagnóstico y pruebas para la osteoporosis. Estos servicios pueden incluir, entre otras, todas las tecnologías aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos, incluidas las tecnologías de densitometría ósea que se consideren médicamente apropiadas.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Equipo médico duradero (DME)

Equipo médico adecuado para usarse en el hogar que:

- Está destinado para un uso repetido.
- Generalmente no es útil para una persona cuando no existe una enfermedad o lesión.
- Sirve principalmente fines médicos.

La reparación o el reemplazo están cubiertos, a menos que sean necesarios por mal uso o pérdida. Alliance puede determinar si renta o compra equipo estándar.

Los ejemplos incluyen:

- equipo y suministros para diálisis en el hogar
- bomba y suministros de alimentación enteral
- oxígeno y equipo de oxígeno
- Pulmo-Aide y suministros relacionados
- nebulizadores, tubos y suministros relacionados, y espaciadores para inhaladores de dosis medida
- suministros de ostomía, urológicos y para la incontinencia
- sillas de ruedas

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- artículos para comodidad o conveniencia, o equipos o aditamentos de lujo
- suministros desechables, excepto todos los suministros de ostomía, urinarios y de incontinencia que sean médicamente necesarios y se ajusten a la Regla 1300.67.005(d)(8)
 - Los suministros requeridos conforme a esta sección no incluyen suministros que sean equipos o aditamentos de comodidad, conveniencia o lujo.
- equipo de higiene y de ejercicio; equipo de investigación o experimental
- dispositivos no médicos por naturaleza, como los baños sauna y los elevadores o las modificaciones a la casa o al automóvil
- equipo de lujo
- más de un (1) equipo que tenga la misma función

Servicios de emergencia

Está cubierta la atención las 24 horas para una afección médica de emergencia.

Una emergencia es el inicio o comienzo repentino de una afección o enfermedad médica o psiquiátrica que supone una amenaza inmediata para su bienestar (incluido el dolor intenso), de la que si no recibiera atención médica inmediata podría esperar razonablemente que:

- su salud estaría en grave peligro;
- tendría problemas graves con las funciones de su cuerpo, o
- alguna parte u órgano de su cuerpo sufriría daños graves.

Costo para el miembro:

- Copago de \$35 (no se aplica si se le hospitaliza)

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Planificación familiar

Please see your PCP for family planning services.

Los servicios de planificación familiar cubren la asesoría y la planificación de la anticoncepción, el examen de adaptación de un dispositivo anticonceptivo vaginal (diafragma y capuchón cervical) y la inserción o la extracción de un dispositivo intrauterino (DIU). La esterilización para mujeres y los métodos anticonceptivos femeninos y la asesoría, según las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, "HRSA") están cubiertos como servicios de atención preventiva. La esterilización masculina también es un beneficio de planificación familiar cubierto. Los servicios cubiertos no están sujetos a autorización previa ni a deducibles, coseguros o copagos. Puede recibir servicios de planificación familiar de un proveedor de la red que tenga licencia para proporcionar estos servicios.

Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar son:

- Su PCP.
- Clínicas.
- Enfermeras parteras certificadas y enfermeras profesionales con práctica médica certificadas.
- Especialistas en obstetricia y ginecología.
- Asistente médico.
- Los anticonceptivos cubiertos por el beneficio médico incluyen dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos inyectables e implantables. Los anticonceptivos recetados para mujeres están cubiertos según se describe en la sección "Medicamentos recetados" más adelante.

Nuestro plan cubre anticonceptivos recetados o de venta libre aprobados por la FDA, incluidos los dispositivos anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia, con un copago de \$0, como anticonceptivos orales, píldoras anticonceptivas de emergencia, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos, capuchones cervicales y diafragmas. Los anticonceptivos cubiertos solo están disponibles con una orden de medicamento recetado. Usted tiene que presentar la orden de medicamento recetado en una farmacia participante para obtener dichos medicamentos o anticonceptivos. Su profesional médico puede solicitar la autorización de Alliance para el uso de un medicamento o dispositivo anticonceptivo no cubierto si

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

no se dispone de un anticonceptivo cubierto o este se considera médicamente inadecuado para su historia clínica o personal. Si un equivalente terapéutico cubierto se considera médicamente desaconsejable, Alliance se someterá a la determinación y el criterio de su médico y proporcionará cobertura para el medicamento no cubierto. Estos medicamentos y dispositivos anticonceptivos se proporcionan con un copago de \$0 si Alliance aprueba la solicitud de autorización. Además, los anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA están cubiertos durante 12 meses. No se requiere receta médica para la cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Los miembros no son responsables del costo de los medicamentos preventivos. Entre los medicamentos cubiertos por el programa se incluyen medicamentos de venta libre y recetados que se usan con fines de salud preventiva según las recomendaciones A y B del Grupo de Trabajo de Servicios de Salud Preventivos estadounidense.

Costo para el miembro:

- Sin copago o costo compartido

Exclusiones/limitaciones:

- fertilización in vitro

Pruebas auditivas y servicios de aparatos de corrección auditiva

Alliance cubre los siguientes servicios de exámenes y aparatos de corrección auditivos cuando sean médicamente necesarios:

- Evaluación audiológica para medir el grado de pérdida auditiva y una evaluación del aparato de corrección auditiva para determinar la marca y el modelo más adecuado del aparato de corrección auditiva que necesite.
- Aparatos de corrección auditiva monoaurales o binaurales, incluidos los moldes del oído, el instrumental del aparato de corrección auditiva, la batería inicial, los cables y otro equipo auxiliar.
- Las consultas para colocación, asesoría, ajustes, reparaciones, etc. están cubiertas sin costo por garantía durante **un (1) año**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- compra de baterías u otro equipo, excepto los cubiertos de conformidad con los términos de la compra inicial del aparato de corrección auditiva, y los cargos por un aparato de corrección auditiva que exceda las especificaciones indicadas para la corrección de una pérdida auditiva
- partes de reemplazo para los aparatos de corrección auditiva y la reparación del aparato de corrección auditiva después del periodo cubierto de **un (1) año** de garantía
- reemplazo de un aparato de corrección auditiva más de una (1) vez en un **periodo de 36 meses**
- dispositivos auditivos que se implanten por cirugía

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar son la prestación de servicios médicos especializados como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia respiratoria de corto plazo cuando son recetados por un profesional del plan (sujetos a las limitaciones de consultas del beneficio de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla). Estos servicios son proporcionados por proveedores contratados por Alliance a un miembro confinado en su hogar e incluyen consultas con RN, enfermeras vocacionales tituladas (Licensed Vocational Nurse, LVN) y asistentes en el cuidado de la salud en el hogar.

Estos servicios están diseñados para que el miembro salga de los cuidados para pacientes hospitalizados o para evitar una hospitalización. (Un miembro confinado en el hogar es una persona que no puede salir de su hogar debido a una afección médica, excepto con esfuerzo y ayuda considerables).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar se proporcionan bajo la dirección de un plan de tratamiento de salud en el hogar y únicamente cuando son médicamente necesarios y están autorizados. Los servicios de cuidado de la salud en el hogar deberán ser proporcionados bajo la atención y la supervisión directas del proveedor de Alliance del miembro u otra autoridad apropiada designada por Alliance y dentro del área de servicio. Si un servicio básico de salud puede proporcionarse en más de un establecimiento médicamente apropiado, la elección de este quedará a juicio del médico tratante o de otra autoridad apropiada nombrada por Alliance.

Alliance realiza una administración de casos médicos prudente para garantizar que se preste la atención adecuada en el entorno apropiado.

Es posible que la administración de casos médicos tome en consideración si un servicio o centro particular es rentable cuando se pueda elegir entre varios servicios o entornos médicamente apropiados.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla realizadas en el hogar
- Copago de \$10 por consulta médica

Exclusiones/limitaciones:

- servicios de atención no especializados, de vigilancia o en el domicilio, según lo definido por Alliance

Atención de enfermos terminales

Alliance proporciona atención de enfermos terminales para los miembros que tengan enfermedades terminales. Los miembros tienen la opción de elegir este tratamiento en el hogar en lugar de los otros beneficios para enfermedades terminales cubiertos por Alliance. Una enfermedad terminal se define como una afección médica cuyo pronóstico de esperanza de vida es de **un (1) año** o menos si la enfermedad sigue su curso natural.

La atención de enfermos terminales es una forma especializada de atención médica interdisciplinaria que está diseñada para ofrecer tratamiento médico para el dolor y otros síntomas asociados a una enfermedad terminal, pero que no proporciona esfuerzos para curar la enfermedad. La atención de enfermos terminales debe ser proporcionada por un proveedor de cuidados paliativos contratado por Alliance. (El miembro puede cambiar la decisión de recibir atención para enfermos terminales en cualquier momento y solicitar en su lugar otros servicios que ofrezca Alliance).

Los beneficios de cuidados paliativos, cuando sean ordenados por un médico de Alliance y autorizados por Alliance, incluyen:

- servicios psicológicos y de asistencia por duelo
- medicamentos
- servicios de asistentes en el cuidado de la salud en el hogar
- servicios de personas encargadas del hogar y cuidado temporal de reemplazo de corto plazo
- servicios sociales médicos
- suministros y aparatos médicos
- atención de enfermería
- terapia física, ocupacional o del habla; cuidados para pacientes hospitalizados a corto plazo para la administración de síntomas y control del dolor
- servicios de médicos

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- La atención de enfermos terminales se limita a aquellas personas diagnosticadas con una enfermedad terminal y que eligen la atención de enfermos terminales para dicha enfermedad en vez de los cuidados reconstituyentes cubiertos por Alliance.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados es el servicio que obtiene cuando lo admiten en un hospital de Alliance. Para obtener tratamiento en un hospital, su PCP debe obtener la aprobación de Alliance.

Los servicios de atención de urgencia o emergencia no necesitan una remisión o autorización. Los beneficios hospitalarios no están cubiertos si el miembro se niega a recibir la atención y el tratamiento directamente de los proveedores de Alliance o si los servicios se reciben a través de un proveedor cuyos servicios no hayan sido autorizados.

Cubrimos los siguientes servicios hospitalarios como beneficios cuando los obtiene en un hospital de Alliance participante y lo remite su proveedor de Alliance, autorizado de conformidad con las reglas de Alliance:

- Tratamiento mientras esté en el hospital.
- Administración de sangre y de componentes de la sangre.
- Fármacos, medicamentos, anestesia, líquidos intravenosos, productos biológicos y oxígeno administrados en el hospital.
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos habitación semiprivada, alimentos (se incluyen dietas especiales cuando son médicamente necesarias) y atención de enfermería general.
- Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla para paciente hospitalizado están cubiertos cuando son médicamente necesarios.
- Servicios de cuidado intensivo.
- Servicios auxiliares médicamente necesarios, como servicios diagnósticos de laboratorio y de rayos X.
- Quirófano, salas de tratamiento especial, sala de parto, sala de neonatología y otras instalaciones relacionadas.
- Terapia de radiación, quimioterapia y diálisis renal.
- Suministros quirúrgicos y anestésicos, yesos y materiales para vendajes, dispositivos y prótesis implantados quirúrgicamente (no incluye aparatos de corrección auditiva implantados quirúrgicamente), otros suministros médicos, aparatos y equipos médicos administrados en el hospital y aparatos protésicos para una miembro a quien se le está practicando una mastectomía (para restaurar y lograr la simetría para la miembro) o un miembro a quien se le está practicando una laringotomía (para devolver el habla).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Otros servicios de diagnóstico, terapéuticos, de habilitación y de rehabilitación que se consideren apropiados.
- Planificación coordinada de altas, que incluye la planificación de la atención constante a medida que sea necesaria.

Costo para el miembro:

- Copago de \$100 por admisión excepto por atención de embarazo y maternidad

Exclusiones/limitaciones:

- artículos de comodidad, como teléfonos, televisiones, bandejas para visitas y artículos de higiene personal
- cuartos privados
- servicios del dentista o cirujano oral para procedimientos dentales

Servicios de transporte médico

- **Servicios de ambulancia de emergencia:** el transporte en ambulancia aérea y terrestre al hospital más cercano está cubierto si el miembro tuvo razones para creer que la afección médica era una emergencia y que la afección necesitaba un transporte de emergencia. Esto incluye los servicios de transporte en ambulancia por medio del sistema de respuesta de emergencias “911”.
- **Servicios de ambulancia autorizados:** los servicios de ambulancia para transferir a un miembro desde o hacia un hospital o un centro de enfermería especializada participante relacionados con una hospitalización o admisión autorizada serán autorizados únicamente cuando el transporte por otros medios afectaría de manera adversa la afección médica del miembro, sin importar si hay otros medios de transporte disponibles.
- **Servicios de ambulancia y transporte psiquiátrico que no sean de emergencia:** servicios de ambulancia cuando Alliance y el médico de la red de Alliance determinan que la afección del miembro requiere el uso de servicios que solo puede proporcionar una ambulancia autorizada (o una camioneta de transporte psiquiátrico); y el uso de otros medios de transporte pondría en peligro la salud del miembro. Estos servicios están cubiertos solo cuando el vehículo transporta al miembro hacia y desde el servicio cubierto.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- cobertura para el transporte, incluido el transporte en avión, automóvil de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público
- transporte a la casa en ambulancia, a menos que sea médicamente necesario y autorizado por Alliance

Atención de salud mental (MH) y para trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Los servicios de salud mental (MH) están cubiertos por Alliance. Para acceder a los servicios de MH, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). Todas las afecciones de MH identificadas como trastorno mental en el Manual de diagnóstico y estadística (Diagnostic and Statistical Manual, DSM), quinta edición, están cubiertas, incluidas las enfermedades mentales graves (Severe Mental Illness, SMI) y los acuerdos de la Ley de Asistencia, Recuperación y Empoderamiento Comunitarios (CARE) de la corte de acuerdo con el SB 1388. Alliance también cubre todos los servicios para trastornos por consumo de sustancias (SUD).

Servicios de MH y SUD para pacientes hospitalizados

La salud mental (MH) y los trastornos por consumo de sustancias (SUD) para pacientes hospitalizados están cubiertos por Alliance e incluyen habitación y comida, medicamentos y servicios de médicos y otros proveedores que sean profesionales del cuidado de la salud autorizados que actúen dentro del alcance de su licencia.

Los beneficios de MH y SUD para pacientes hospitalizados incluyen:

- hospitalización psiquiátrica de MH
- programa residencial para crisis de MH de corto plazo en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con supervisión las 24 horas del día por personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- desintoxicación para pacientes hospitalizados con SUD, según sea médicamente adecuado para eliminar sustancias tóxicas del sistema
- servicios para pacientes hospitalizados con SUD

Servicios de MH y SUD para pacientes ambulatorios

Los servicios de salud mental (MH) y para trastornos por consumo de sustancias (SUD) para pacientes ambulatorios se usan para proporcionar intervención en caso de crisis y tratamiento de alcoholismo, abuso de drogas o MH en régimen ambulatorio según sea médicamente apropiado.

Los beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que son visitas al consultorio incluyen:

- evaluación y tratamiento individuales o grupales de MH
- pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno de salud mental
- observación y exámenes psiquiátricos
- supervisión de la terapia para uso de drogas para pacientes ambulatorios
- evaluación y tratamiento individuales o grupales de SUD
- asesoría de SUD individual y grupal para la dependencia de sustancias químicas

Los beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que no son visitas al consultorio incluyen:

- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno de desarrollo generalizado (PDD)/autismo
- tratamiento multidisciplinar de MH en un programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios; programas de tratamientos diurnos
- terapia de reemplazo de opioides
- observación durante una crisis psiquiátrica aguda
- programa intensivo de SUD para pacientes ambulatorios
- medicamentos para SUD y tratamiento médico del síndrome de abstinencia
- servicios residenciales transitorios de recuperación que proporcionan asesoría y servicios de apoyo en un entorno estructurado

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org

Costo para el miembro:

- Copago de \$100 por admisión
- Copago de \$10 por los beneficios de consultas para pacientes ambulatorios de MH y SUD
- Sin copago por beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio
- Sin copago ni costo compartido para acuerdo de la Ley CARE ordenado por la corte de conformidad con el SB 1338

Beneficios de trasplante de órganos

Los beneficios de trasplante de órganos incluyen la cobertura para trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea médicamente necesarios que no sean experimentales o de investigación.

El beneficio de trasplante de órganos incluye el pago de:

- Los gastos médicos y hospitalarios médicamente necesarios y razonables de un donante o individuo identificado como posible donante si dichos gastos están directamente relacionados con un trasplante destinado a un miembro.
- Las pruebas a familiares de los miembros como posibles donantes.
- La búsqueda y las pruebas de donantes de médula ósea que no sean parientes del paciente mediante un registro de donantes reconocido.
- Los cargos asociados a la obtención de órganos, tejidos o médula ósea de donantes a través de un banco de trasplantes de donantes reconocido están cubiertos si los gastos están directamente relacionados con el trasplante previsto para el miembro.

Si Alliance rechaza su solicitud de trasplante de órgano con base en que el servicio no es médicamente necesario, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). (Vea el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance para obtener más información**).

Costo para el miembro:

- Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Exclusiones/limitaciones:

- CCS cubrirá y pagará los servicios de trasplante de órganos si el miembro es elegible para CCS. Alliance coordinará estos servicios con CCS para el miembro (vea el **Capítulo 7: Servicios disponibles para obtener más información**).

Donante de órganos:

Alliance cubre los servicios de donación de órganos para donantes vivos reales o potenciales, además de los servicios de trasplante de órganos, tejidos o médula ósea que se requieran como se indica a continuación:

- Cobertura para los servicios relacionados con la donación de un donante vivo o de una persona identificada por el plan como posible donante, independientemente de que el donador sea miembro o no. Los servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para el miembro, lo que incluirá los servicios para la extracción del órgano, el tejido o la médula ósea, y para el tratamiento de cualquier complicación.
- Los servicios están directamente relacionados con un servicio de trasplante cubierto para el miembro o son necesarios para evaluar a posibles donantes, extraer el órgano, la médula ósea o las células madre, o tratar las complicaciones derivadas de la evaluación o la donación. Estos servicios de trasplante excluyen las transfusiones de sangre o productos sanguíneos.
- El donante recibe los servicios cubiertos a más tardar 90 días después del servicio de recolección o evaluación.
- El donador recibe servicios dentro de los Estados Unidos, con la excepción de que las limitaciones geográficas no se aplican al tratamiento de recolección de células madre.
- El donador recibe autorización por escrito para los servicios de evaluación y recolección.
- Con respecto a los servicios para tratar complicaciones, el donador recibe servicios que no son de emergencia después de obtener la autorización por escrito o recibe servicios de emergencia que el plan habría cubierto si el miembro los hubiera recibido.
- En caso de que la membresía del miembro en el plan venza después de la donación o la recolección, pero antes de que expire el plazo de 90 días para los servicios destinados a tratar las complicaciones, el plan seguirá pagando los servicios médicamente necesarios para el donante durante los 90 días siguientes al servicio de recolección o evaluación.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Exclusiones/limitaciones:

- tratamiento de las complicaciones del donador relacionadas con la donación de células madre para el registro
- prueba de detección de antígeno leucocitario humano (Human Leukocyte Antigen, HLA) en sangre para donaciones de células madre, para cualquier persona que no sea un hermano, un padre o un hijo de la persona inscrita
- servicios relacionados con la supervisión posterior a la recolección con el único propósito de investigar o recolectar datos
- servicios para tratar las complicaciones provocadas por la falta del donador a una de las citas programadas o por abandonar el hospital antes de ser dado de alta por el médico tratante

Ortesis y prótesis

Alliance cubre los dispositivos de prótesis y ortopédicos (y su reemplazo) médicamente necesarios indicados por un profesional.

El beneficio incluye el pago de:

- Cobertura de los dispositivos protésicos iniciales y posteriores, y los accesorios de instalación para restituir un método de habla luego de una laringotomía.
- Calzado terapéutico para diabéticos.
- Dispositivos protésicos para restaurar y lograr la simetría luego de una mastectomía.
- Los artículos cubiertos deben ser dispositivos ortopédicos o protésicos estándar, hechos a la medida, recetados por un médico, autorizados por Alliance y suministrados por un proveedor de la red de Alliance.
- Se proporcionan reparaciones a menos que se necesiten por mal uso o pérdida. Alliance, a su entera discreción, puede reemplazar o reparar un artículo.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- Zapatos correctivos, plantillas ortopédicas y soportes de arco, excepto el calzado terapéutico para personas con diabetes.
- Dispositivos no rígidos, como soportes elásticos de rodilla, corsés, calcetines elásticos y ligeros.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Los aparatos dentales, excepto los dispositivos orales para la apnea del sueño, están cubiertos.
- Máquinas electrónicas de producción de voz.
- Más de un (1) dispositivo para la misma parte del cuerpo.
- Anteojos (excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de una cirugía de cataratas).
- Artículos de venta libre.

Servicios para osteoporosis

Los servicios para osteoporosis incluyen:

- diagnóstico, tratamiento y control adecuado de la osteoporosis y no tiene por qué limitarse a todas las tecnologías aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- los medicamentos experimentales o en investigación, o
- los no reconocidos de acuerdo con los estándares médicos generalmente aceptados como seguros y eficaces para usar en el tratamiento en cuestión no son beneficios cubiertos.

Servicios para pacientes ambulatorios

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen:

- servicios terapéuticos, quirúrgicos y de diagnóstico (incluidas la radiación y quimioterapia) en un centro de atención ambulatoria o en un centro quirúrgico ambulatorio
- terapia física, ocupacional y del habla apropiadas, y aquellos servicios hospitalarios que se pueden proporcionar razonablemente de manera ambulatoria

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- servicios y suministros relacionados con la atención para pacientes ambulatorios, incluidos quirófano, sala de tratamiento, servicios auxiliares y medicamentos suministrados por el hospital o centro para su uso durante la estancia del miembro en la instalación
- servicios hospitalarios que pueden proporcionarse razonablemente de manera ambulatoria

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consulta de terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional realizadas de manera ambulatoria
- Copago de \$35 por servicios de cuidado de la salud de emergencia (no se aplica si es hospitalizado)

Exclusiones/limitaciones:

- servicios del dentista o cirujano oral para procedimientos dentales

Fenilcetonuria (PKU)

Las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) están cubiertos, incluidas las fórmulas y los productos alimenticios especiales que son parte de una dieta recetada por un médico o nutricionista registrado en consulta con un médico que se especialice en el tratamiento de enfermedades metabólicas y que participe en Alliance o esté autorizado por esta.

"Fórmula" se define como un producto enteral o productos enterales para usar en el hogar que son recetados por un médico o una enfermera profesional con práctica médica u ordenados por un dietista registrado a quien el miembro fue remitido por un proveedor de atención médica autorizado para recetar tratamientos dietéticos médicamente necesarios para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU).

Un "producto alimenticio especial" se define como un producto alimenticio que:

- está especialmente formulado para tener menos de un (1) gramo de proteína por porción, pero no incluye la comida que es naturalmente baja en proteína, y
- se usa en lugar de productos alimenticios regulares. Los productos alimenticios regulares son aquellos alimentos que se encuentran en las tiendas minoristas de alimentos y que consume la mayoría de la población.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Terapia física, ocupacional y del habla

La terapia de habilitación es la terapia que ayuda a hacer que una parte de su cuerpo funcione lo más normalmente posible. La terapia de rehabilitación es la terapia que ayuda a restaurar una parte de su cuerpo a su estado previo a una lesión. Las terapias física, ocupacional y del habla son tipos de terapia de habilitación y rehabilitación. Alliance cubre dicha terapia si es médicamente necesaria. La terapia puede ser proporcionada en un consultorio médico u otro establecimiento ambulatorio apropiado, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consulta proporcionada a pacientes ambulatorios.
- No hay ningún copago por terapia para pacientes hospitalizados.

Exclusiones/limitaciones:

- Limitado a terapia de corto plazo por un periodo que no exceda los **60 días calendario consecutivos** por afección después de la fecha de la primera sesión de terapia.
- Alliance proporciona terapia adicional después de los **60 días**, si es médicamente necesaria y si la afección mejorará de manera significativa.
- La limitación de los **60 días** no se aplica a los planes de tratamiento aprobados para el trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo. Sin embargo, los planes de tratamiento indicados por un proveedor calificado de servicios para el autismo se revisarán cada **seis (6) meses** y se modificarán cuando sea necesario.

Visitas al consultorio médico

Las visitas al consultorio médico son los servicios y consultas profesionales médicamente necesarios por parte de un médico u otro proveedor de atención médica. Incluyen exámenes, diagnóstico y tratamiento de una afección médica, enfermedad o lesión, incluidas las consultas con remisión a un especialista.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consultas en el consultorio y en el hogar.
- Sin copago por atención preventiva. *(Para obtener más información, vea **Servicios de salud preventiva** en esta sección).*

Embarazo y atención de maternidad

Consultas prenatales y posnatales en el consultorio del médico y parto

Este beneficio incluye los servicios profesionales y hospitalarios médicamente necesarios, incluidas la atención prenatal y postnatal; la salud mental materna, incluidas las pruebas de detección y el tratamiento de la depresión; la atención de complicaciones del embarazo; las pruebas genéticas y de diagnóstico; los exámenes del recién nacido de la miembro, y la atención de enfermería mientras la madre esté hospitalizada dentro de los **30 primeros días** después del parto.

También están incluidas la asesoría para nutrición, la educación sobre la salud, las necesidades de apoyo social y la cobertura para la participación en el programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) de California.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

Los servicios para pacientes hospitalizados se proporcionan en caso de parto normal, parto por cesárea, complicaciones o afecciones médicas derivadas del embarazo o del parto. La duración de la estadía en el hospital se basa en las características particulares de cada miembro y su hijo recién nacido, y se toma en cuenta la salud de la miembro, la salud y estabilidad del hijo recién nacido de la miembro, la habilidad y seguridad de los padres para cuidar al recién nacido, qué tan adecuados sean los sistemas de apoyo en el hogar y el acceso que tengan la madre y su hijo recién nacido a la atención de seguimiento apropiada.

Alliance no restringirá la atención hospitalaria para las pacientes hospitalizadas a menos de **48 horas** después de un parto natural y a no menos de **96 horas** después de una cesárea.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Sin embargo, la cobertura de los servicios hospitalarios para las pacientes hospitalizadas puede ser por un periodo menor al de **48 a 96 horas** si se cumplen las siguientes dos (2) condiciones:

1. el médico que la trata tomó la decisión del alta, después de consultarlo con la madre, y
2. el médico que la trata programa una consulta de seguimiento para la miembro y su recién nacido dentro de las **48 horas** siguientes de haberlos dado de alta.

Además de los servicios de OB/GYN, están disponibles los servicios de enfermeras parteras certificadas y de enfermeras profesionales con práctica médica para las miembros que busquen atención de obstetricia. La enfermera partera o enfermera profesional con práctica médica elegida debe estar asociada con un médico practicante contratado por Alliance. Estos proveedores participantes están enumerados en el directorio de proveedores.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Medicamentos recetados

Alliance cubre los medicamentos médicamente necesarios recetados por un profesional. Se deben dispensar medicamentos genéricos equivalentes, según su disponibilidad, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas. Si no existe un medicamento genérico equivalente disponible, o si el médico que lo receta ha indicado que no debe hacerse ninguna sustitución y la solicitud ha sido autorizada, se puede proporcionar un medicamento de marca.

El beneficio incluye el pago de:

- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos los medicamentos orales e inyectables que estén aprobados por la FDA. Esto incluye los anticonceptivos de liberación prolongada como Norplant (no habrá reembolso si el medicamento es retirado). Un suministro de **12 meses** de anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la FDA, proporcionados una sola vez.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Los medicamentos anticonceptivos recetados de emergencia están cubiertos sin autorización previa. Deberá comunicarse con su PCP en un lapso de **72 horas** a partir de que necesite el anticonceptivo de emergencia para obtener una receta. Algunos farmacéuticos están capacitados para vender medicamentos anticonceptivos de emergencia sin necesidad de una receta, pero en la mayoría de los casos, usted necesitará una receta. Si utiliza una farmacia contratada, deberá cubrir el copago de su receta médica. Usted puede comprar el medicamento en una farmacia no contratada, pero es posible que deba pagarlo y enviar su receta a Alliance para recibir el reembolso, menos la cantidad de su copago.
- Medicamentos inyectables (incluida la insulina), agujas y jeringas necesarias para la administración de un medicamento inyectable cubierto.
- Tiras reactivas de glucosa en la sangre en cantidades médicamente apropiadas para el control y el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, no insulino dependiente y gestacional.
- Tiras reactivas de cetona para la diabetes tipo I y lancetas.
- Vitaminas prenatales y suplementos de flúor incluidos con vitaminas o independientes de las vitaminas que requieren una receta médica.
- Medicamentos médicamente necesarios administrados mientras un miembro sea paciente o residente de una casa de reposo, un hogar de ancianos, un hospital para convalecientes o un centro similar y que se obtengan a través de una farmacia.
- Anticonceptivos orales de acuerdo con el formulario de Alliance.
- Los medicamentos para dejar el tabaco están cubiertos durante un (1) ciclo o curso de tratamiento por año de beneficios. Se recomienda que el miembro a quien se le receta el tratamiento también asista a un programa para dejar el tabaco. Para obtener una lista actualizada de los programas o clases para dejar de fumar, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si un miembro necesita un medicamento que no está en el formulario fuera del horario de atención, incluidos los fines de semana y los días festivos, se podrá administrar un suministro de emergencia de inmediato al miembro sin autorización previa, sujeto a la necesidad médica y a la revisión retrospectiva.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Para saber si un medicamento está en el formulario o para obtener una copia de este, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). El formulario también está disponible en nuestro sitio web en **www.alamedaalliance.org**. La presencia de un medicamento en el formulario de Alliance no garantiza que el médico que receta lo recetará a un miembro para tratar una afección médica en particular. Es posible que se apliquen limitaciones para algunos medicamentos del formulario de Alliance.

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por receta médica de medicamentos genéricos o de \$15 por receta médica de medicamentos de marca para un suministro hasta para 30 días. Se aplicará el monto del copago mayor para un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días.
- No hay ningún copago por los medicamentos recetados proporcionados a pacientes hospitalizados durante la estadía del miembro en el hospital.
- Sin copago por los medicamentos administrados en el consultorio del proveedor durante la consulta del miembro.
- No hay ningún copago por los medicamentos administrados en instalaciones para pacientes ambulatorios durante la consulta del miembro.
- No hay ningún copago por los dispositivos y medicamentos anticonceptivos aprobados por la FDA.

Exclusiones/limitaciones:

- suplementos dietéticos, medicamentos supresores del apetito o cualquier otro medicamento de dieta, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de la obesidad mórbida
- medicamentos para propósitos puramente estéticos
- medicamentos de investigación o experimentales
- medicamentos que no necesiten receta médica por escrito (excepto la insulina)
- medicamentos, suministros y dispositivos patentados o de venta libre, incluidos anticonceptivos, jaleas, pomadas, espumas, preservativos, etc. sin receta médica

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

- medicamentos para tratar la disfunción eréctil, a menos que se usen para el tratamiento de la infertilidad iatrogénica debida a intervenciones médicamente necesarias

Si Alliance rechaza su solicitud de medicamentos recetados con base en la determinación de que el medicamento no es médicamente necesario, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una IMR. *(Para obtener más información, consulte el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance**).*

Servicios de salud preventiva

Alliance cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios o se determina que son servicios de atención preventiva:

- pruebas visuales y auditivas
- servicios para la detección de enfermedades asintomáticas, incluidos los exámenes periódicos de salud, una variedad de servicios de planificación familiar voluntarios y la atención prenatal
- atención preventiva integral para niños que incluye atención hospitalaria, médica y quirúrgica
 - evaluaciones periódicas de salud
 - inmunizaciones
 - servicios de laboratorio relacionados con las evaluaciones periódicas de salud
- exámenes de citología con una periodicidad razonable (incluida la prueba anual de Papanicolaou)
- inmunizaciones según las recomendaciones más actuales del Servicio de Salud Pública de EE. UU.
- exámenes de salud periódicos, que incluyen todos los servicios de pruebas de diagnóstico y laboratorio de rutina apropiados para dichos exámenes
- pruebas para infecciones de transmisión sexual, incluidas las pruebas y la asesoría confidenciales para el VIH/SIDA
- servicios de educación sobre la salud efectivos, que incluyen la información referente a comportamientos sobre la salud personal y la atención médica y las recomendaciones relacionadas con el uso óptimo de los servicios de cuidado de la salud proporcionados por Alliance

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- Los exámenes para obtener o mantener un empleo, licencias, seguros o una autorización para practicar deportes en la escuela, por orden de la corte o para viajar, no están cubiertos a menos que el examen coincida con el calendario de exámenes físicos de rutina e inmunizaciones.

Cirugía reconstructiva

Alliance cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios:

- Servicios quirúrgicos reconstructivos para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades cuando se llevan a cabo para: (A) mejorar la función, (B) crear una apariencia normal en la medida de lo posible o (C) para tratar la disforia de género o la incongruencia de género.
- Están cubiertas las prótesis de senos y la cirugía reconstructiva para restaurar y lograr la simetría y atender cualquier complicación como resultado de una mastectomía. Para los servicios de cirugía reconstructiva después de una mastectomía o de la disección de un nódulo linfático:
 - El médico tratante y el cirujano, en consulta con el paciente, determinan si habrá una estadía en el hospital asociada con una mastectomía o la disección de un nódulo linfático, de acuerdo con principios y procesos clínicos sensatos.
- Están cubiertas todas las complicaciones de la mastectomía y la cirugía reconstructiva, las prótesis para el seno afectado y su reconstrucción, y la cirugía reconstructiva en el otro seno necesaria para lograr una apariencia simétrica.

Costo para el miembro:

- Sin copago

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)

Un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) es un centro que tiene un contrato con Alliance y proporciona servicios continuos de enfermería especializada. Un SNF puede ser un área independiente de un hospital, y el uso de dicha área independiente deberá contarse en el número máximo de días permitidos de este beneficio: los beneficios para el miembro se limitan a **100 días** durante cualquier año de beneficios.

Sujetos a esta limitación, se proporcionan los siguientes beneficios de SNF cuando son médicamente necesarios y están autorizados, y no son para atención de vigilancia, convalecencia o a domicilio:

- Tratamiento de salud del comportamiento para PDD o autismo.
- Sangre o sus productos, y su administración.
- Equipo médico duradero (DME
- que figura en el formulario de DME, si se suministra habitualmente en el SNF y durante una estadía autorizada en el SNF.
- Medicamentos recetados por un médico a partir de un plan de atención en el centro de enfermería especializada, y que siguen el formulario de Alliance cuando son administrados por el personal médico de un centro de enfermería especializada.
- Cuidados generales de enfermería y enfermería de atención especial cuando estén autorizados.
- Servicios de imágenes y laboratorio que normalmente brindan los centros de enfermería especializada.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos.
- Terapia física, ocupacional y del habla y otros servicios de habilitación o rehabilitación que sean médicamente necesarios.
 - Terapia individual o grupal para trastornos del desarrollo generalizados, autismo u otras afecciones.
 - Pueden tener lugar en un programa de tratamiento diario de rehabilitación multidisciplinar organizado, en un centro de enfermería especializada y en un hospital para pacientes hospitalizados (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinar organizado).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Terapia respiratoria administrada en el SNF.
- Habitación semiprivada y comidas, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria y esté autorizada. Si se utiliza una habitación privada sin autorización, el miembro será responsable de pagar la diferencia entre el cargo normal del centro de enfermería especializada por una habitación doble y la habitación privada.

Costo para el miembro:

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones:

- servicios de atención no especializados, de vigilancia o en el domicilio, según lo definido por Alliance
- 100 días de enfermería especializada por año de beneficios

Servicios de afirmación de género para personas transgénero

Alliance cubre los servicios de afirmación de género médicamente necesarios para tratar la disforia de género o el trastorno de identidad de género. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, evaluación y tratamiento de salud mental, cirugía, terapia hormonal prequirúrgica y posquirúrgica, y terapia del habla. Los servicios quirúrgicos incluyen, entre otros, histerectomía, ovariectomía, orquiectomía, cirugía genital, cirugía de los senos, mastectomía y otras cirugías reconstructivas. No se cubren los servicios que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de la disforia de género o el trastorno de identidad de género. Los servicios quirúrgicos deben ser realizados por un proveedor y un centro de la red calificados junto con una cirugía de afirmación de género o un plan de tratamiento de cirugía de afirmación de género documentado. Si el servicio cubierto médicamente necesario no está disponible en la red dentro de los estándares de acceso oportuno y geográfico, Alliance organizará los servicios de fuera de la red y de seguimiento. Para obtener más información sobre los servicios fuera de la red y de seguimiento, vea la sección "Autorizaciones" de este manual.

Atención de urgencia

Para recibir servicios de atención de urgencia dentro del área de servicio de Alliance, los miembros deben llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP está al frente de su tarjeta de identificación de miembro de Alliance. Puede llamar a su PCP a cualquier hora del día o de la noche.

Si no puede consultar a su PCP, puede ir a cualquier centro de atención de urgencia de la red en el Condado de Alameda. Para obtener una lista de los centros de atención de urgencia contratados, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Si se encuentra fuera del área de servicio y requiere servicios de urgencia, puede recibir dichos servicios de un proveedor no contratado. *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina**).* Si recibe tratamiento de atención de urgencia mientras se encuentra fuera del área de servicio de Alliance y le llega una cuenta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Costo para el miembro:

- Copago de \$10 por consulta (no se aplica si se le hospitaliza)

Servicios de la vista

Para obtener información sobre los servicios de la vista, comuníquese con la Autoridad Pública llamando al **1.510.577.3552**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

10. Exclusiones y limitaciones

Solo aquellos servicios que se describan específicamente como beneficios en esta EOC (y en cualquier cláusula adicional, encarte o anexo a este documento) son beneficios cubiertos del Programa Alliance Group Care. Los servicios son beneficios cubiertos solo si se obtienen de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento, incluidos todos los requisitos de autorización y remisiones, y son coordinados por el PCP del miembro.

Los miembros pueden solicitar una IMR de servicios de cuidado de la salud disputados al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California en las situaciones que se describen en el **Capítulo 14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance**.

Estas exclusiones o limitaciones no se aplican al tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por el consumo de sustancias.

Exclusiones/limitaciones:

1. Todos los costos médicos y hospitalarios que se generen cuando un proveedor que no pertenece a la red ingrese a un miembro a un hospital sin autorización previa por parte de Alliance, excepto en las emergencias descritas aquí, no son beneficios cubiertos.
2. Todos los servicios que de otra manera estarían cubiertos por CCS no son beneficios cubiertos.
3. La amniocentesis no es un beneficio cubierto, a menos que sea médicamente necesaria.
4. Cualquier beneficio que exceda los límites especificados en esta EOC.
5. Los servicios o beneficios prestados cuando la persona no sea elegible, es decir, antes de la fecha de inicio de la cobertura o después de que la cobertura haya vencido, no son beneficios cubiertos.
6. Cualquier servicio o artículo que se especifique que está excluido en esta EOC.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

7. La terapia con aparatos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) no es un beneficio cubierto.
8. La terapia de biorretroalimentación está cubierta cuando sea médicamente necesaria y sea indicada por un médico, cirujano o psicólogo autorizado.
9. Servicios para dependencia química en un centro especializado para el alcoholismo, el abuso de drogas o la drogadicción.
10. La ortodoncia y la ortognática convencionales o quirúrgicas no son beneficios cubiertos.
11. La atención de vigilancia o domiciliaria para servicios prestados en el hogar, el hospital (excepto cuando se proporcione como parte de atención de enfermos terminales) o en confinamiento en una instalación de salud principalmente para atención de vigilancia, de mantenimiento o a domicilio no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se refiere a la terapia de salud del comportamiento (Behavioral Health Therapy, BHT) en el hogar para PDD o autismo, o disforia de género/incongruencia de género.
12. Las pruebas citotóxicas de alimentos, la terapia de quelación (excepto cuando se trate de envenenamiento por metales pesados) y la queratotomía radial, a menos que estén autorizadas previamente por Alliance, no son beneficios cubiertos.
13. Los exámenes e informes para obtener o mantener un empleo, un seguro, una licencia gubernamental, la admisión en un campamento o escuela; los exámenes físicos anuales solicitados por el empleador, o con fines prematrimoniales no son beneficios cubiertos.
14. Anteojos, excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de una operación de cataratas que están cubiertos por los anteojos para cataratas, o los lentes para la aniridia (ausencia de iris) o la afaquia (ausencia del cristalino del ojo).
15. El análisis del cabello, a menos que se use como una herramienta de diagnóstico para el envenenamiento por metales pesados, no es un beneficio cubierto.
16. Las mejoras a casas y vehículos, que incluyen cualquier modificación o adición hecha a viviendas, propiedades o vehículos de motor, incluidas las rampas, los elevadores, las escaleras eléctricas, las piscinas, los sistemas de filtrado de aire, el equipo de control ambiental, los spas, las tinas de hidromasaje o los controles de mano para automóviles, no son beneficios cubiertos.

17. Los programas de aprendizaje y autosuperación, incluido el tratamiento para el síndrome hiperquinético, discapacidades de aprendizaje o problemas de comportamiento; los programas relacionados con la terapia de lectura, vocacional, educativa, recreativa, artística, de danza o de música, o los programas de pérdida de peso o de ejercicio no son beneficios cubiertos, a menos que formen parte de un plan de tratamiento el PDD o autismo, o la disforia de género/incongruencia de género.
18. Los beneficios de atención médica a largo plazo, incluidos la atención a largo plazo en un centro de enfermería especializada y el cuidado temporal de reemplazo, están excluidos, excepto cuando Alliance determine que son alternativas menos costosa y más satisfactoria que los beneficios mínimos básicos. Esta sección no excluye los beneficios de la atención de enfermería especializada o de los centros de cuidados paliativos a corto plazo que se proporcionen de conformidad con los beneficios de atención de enfermería especializada y de centros de cuidados paliativos.
19. Los procedimientos médicos, quirúrgicos (incluidos los implantes) y otros procedimientos, servicios, productos, medicamentos o aparatos de atención médica que sean:
 - a. de investigación o experimentales, o
 - b. no reconocidos de acuerdo con los estándares médicos aceptados comúnmente como seguros y para uso efectivo en el tratamiento en cuestión, no son beneficios cubiertos. (**Consulte el Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance para obtener más información**).
20. No están cubiertos los servicios médicos recibidos en un centro de atención de emergencia para afecciones que no sean de emergencia si usted debía haber sabido razonablemente que no existía una situación de emergencia.
21. La atención no especializada es atención que se puede proporcionar de forma segura y efectiva por los miembros de la familia o personas sin certificado o sin la supervisión de una enfermera, excepto por los servicios de personas que se ocupan del hogar para la atención de enfermos terminales. Esta exclusión no se aplica a los profesionales y paraprofesionales de servicios para el autismo calificados sin licencia que atienden a miembros con PDD o autismo.
22. La atención de enfermeras privadas de cualquier clase no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesaria.

23. Los programas de control de peso o los tratamientos o suministros para pérdida de peso, los suplementos alimenticios o nutricionales, a excepción de la nutrición parenteral total (Total Parenteral Nutrition, TPN), y el tratamiento de la PKU no son beneficios cubiertos, a menos que Alliance determine que son médicamente necesarios.
24. La reversión de la esterilización voluntaria no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesaria.
25. Los servicios obtenidos de hospitales, centros de enfermería especializada, médicos u otros proveedores que no pertenecen a Alliance, a menos que se proporcionen durante una emergencia, o de cualquier otra forma aquí descrita, no son beneficios cubiertos.
26. Los servicios elegibles para reembolso mediante seguros o cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de cuidado de la salud no son beneficios cubiertos.
27. Los servicios, los suministros, los artículos, los procedimientos o el equipo que no son médicamente necesarios, a menos que se especifique lo contrario, no son beneficios cubiertos.
28. La cirugía para la obesidad mórbida, incluidos la derivación gástrica, el engapado del estómago, los medicamentos recetados y otros procedimientos para el tratamiento de la obesidad no son beneficios cubiertos, a menos que sean médicamente necesarios de acuerdo con los estándares médicos profesionalmente reconocidos.
29. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican al tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias (SUD). Las siguientes formas de terapia no son beneficios cubiertos: la terapia manipulativa (excepto como parte de un plan de tratamiento de PDD, autismo o SUD), la hipnoterapia, la terapia sexual, o la asesoría de pareja o familiar para afecciones que no sean un "trastorno mental".
30. Los servicios médicos y hospitalarios de un miembro donador o de un posible donador cuando el receptor del trasplante de órgano no sea un miembro.
31. El tratamiento de cualquier herida corporal o enfermedad que surja de cualquier ocupación o empleo, o sufrida durante su desempeño para compensación, ganancia o provecho propios para el que se proporcionen beneficios o que sea pagadero mediante algún plan de beneficios de compensación para trabajadores no es un beneficio cubierto.

32. Queda excluido el tratamiento de la infertilidad (excepto cuando un tratamiento cubierto pueda causar la infertilidad), incluidos, entre otros, la fecundación in vitro, la transferencia intratubárica de gametos (Gamete Interfallopian Transfer, GIFT), la transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT) y los trasplantes de óvulos, o cualquier otra forma de fertilización inducida o inseminación artificial.
33. El corte de callos, callosidades y uñas para tratar afecciones circulatorias no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesario.
34. La rehabilitación profesional no es un beneficio cubierto.
35. La asesoría matrimonial o para las relaciones.
36. Los servicios de atención de la vista y dental.

Las exclusiones y limitaciones adicionales para los servicios se encuentran en las secciones anteriores de descripción de los beneficios.

11. Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros

Coordinación de beneficios

Si un miembro de Alliance también tiene derecho a obtener beneficios conforme a alguna de las condiciones que se mencionan a continuación, la responsabilidad que tiene Alliance de estos beneficios se reducirá en una cantidad igual a la de los beneficios pagados por el tercero responsable o al valor razonable de los servicios prestados sin ningún costo para el miembro, cuando tenga derecho a estos otros beneficios.

Esto se aplica cuando el miembro tiene derecho a:

- beneficios proporcionados como resultado de un reclamo de Compensación para Trabajadores
- beneficios otorgados sin costo o sin esperar un pago

Responsabilidad de terceros

Si un miembro resulta lesionado por el acto o la omisión de otra persona (un "tercero"), Alliance pedirá, con respecto a los servicios solicitados como resultado de dicha lesión, que el miembro coopere con Alliance de la siguiente manera:

- aceptar reembolsar a Alliance los costos razonables efectivamente pagados por Alliance inmediatamente después de que el miembro cobre los daños, sea por una orden legal, un acuerdo o de alguna otra manera, y

11. Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros

- cooperar plenamente, hacer valer y proteger los derechos de retención de Alliance, que no deben exceder la suma de los costos razonables efectivamente pagados por Alliance. El derecho de retención puede presentarse ante el tercero, su agente o el tribunal.

Todos los derechos de retención presentados por Alliance para la recuperación de los pagos hechos por Alliance por la prestación de servicios médicos al miembro deben cumplir con los lineamientos de la Sección 3040 del Código Civil.

Compromisos de los miembros ante la responsabilidad de terceros

Cada miembro:

1. Completará todo el papeleo que Alliance o los proveedores médicos pudieran solicitar razonablemente para ayudar a hacer valer el derecho de retención.
2. Proporcionará oportunamente a Alliance el nombre y la ubicación del tercero, si los conoce; el nombre y la dirección del abogado del miembro, si lo tiene, y una descripción de la manera en que se hayan causado las lesiones.
3. Guardará en custodia cualquier cantidad de dinero que reciba el miembro o su abogado de parte de terceros o sus aseguradoras, y reembolsará a Alliance la cantidad del derecho de retención en cuanto el tercero le pague al miembro.
4. Notificará a Alliance en cuanto él o su abogado reciban cualquier cantidad de dinero de los terceros o sus aseguradoras.
5. Responderá oportunamente a las preguntas sobre el estado del caso del tercero y sobre cualquier negociación para llegar a un acuerdo.

12. Cancelación de la inscripción

Vigencia y vencimiento: acuerdo grupal

Disposiciones sobre el vencimiento y la renovación

El plazo inicial del acuerdo entre Alliance e IHSS comenzará y durará todo el periodo efectivo establecido en la carátula, a menos que se termine antes, según lo descrito en alguna otra sección del acuerdo. A partir de entonces, el acuerdo se renovará automáticamente por plazos subsecuentes de **12 meses**, cada uno sujeto a las disposiciones sobre el vencimiento aquí incluidas.

La Autoridad Pública puede dar por vencido el acuerdo o alguna renovación posterior del mismo notificando a Alliance por escrito sobre su intención de darlo por vencido con **90 días** de anticipación.

Fecha de vigencia del vencimiento

Cualquier vencimiento del acuerdo por alguna de las siguientes razones entrará en vigor el último día del mes calendario en que tenga lugar la fecha de vencimiento, sin perjuicio de cualquier periodo de notificación especificado.

Vencimiento por causa justificada

Cualquiera de las partes puede dar por vencido el acuerdo por causa justificada a los **30 días** después de haber dado aviso por escrito a la otra parte, debido a algún incumplimiento material por la otra parte, que no sea la falta de pago por parte de la Autoridad Pública, si dicho incumplimiento no ha sido remediado antes del vencimiento de los **30 días** de aviso, o debido a que las partes no logren llegar a un acuerdo, antes de la fecha de renovación, sobre las cuotas periódicas de prepago que se deben pagar contempladas en el acuerdo a partir de dicha fecha.

Vencimiento por falta de pago

Si la Autoridad Pública no paga algún monto vencido a Alliance en un plazo de **30 días** después del aviso que Alliance haga a la Autoridad Pública del monto vencido y Alliance carga una cuenta a la Autoridad Pública por el monto vencido, Alliance puede dar por vencido los derechos de los miembros involucrados con efecto a partir del momento en que Alliance emita una notificación escrita de cancelación a la Autoridad Pública. Dichos derechos pueden restablecerse solamente mediante el pago de los montos vencidos y de acuerdo con la subsección sobre **reingreso** de esta EOC.

Alliance continuará otorgando los beneficios a los miembros, incluidos aquellos miembros que estén hospitalizados o siguiendo un tratamiento, hasta el vencimiento del periodo aplicable de reingreso. A partir de entonces, Alliance no será responsable de los beneficios para los miembros, incluidos los miembros que estén hospitalizados o siguiendo un tratamiento.

Reingreso

La recepción por parte de Alliance de las cuotas periódicas de prepago correspondientes en un máximo de **30 días** después de que Alliance emita el aviso de cancelación por falta de pago de las cuotas periódicas de prepago a la Autoridad Pública dará como resultado el reingreso de los miembros como si nunca hubiera habido una cancelación. Si ese pago se recibe después de dicho periodo de **30 días**, Alliance puede, a su criterio, reembolsar a la Autoridad Pública los montos pagados y considerar el acuerdo vencido, o bien, emitir a la Autoridad Pública en un máximo de **30 días** después de recibir dicho pago un nuevo acuerdo acompañado de un aviso por escrito que establezca claramente aquellos aspectos en que el nuevo acuerdo difiere del previo en cuanto a beneficios u otros términos.

Reembolsos

Si se cancelan los derechos que el presente otorga a un miembro, las cuotas periódicas de prepago recibidas de la autoridad pública para el miembro dado de baja aplicables a periodos posteriores a la fecha de vigencia del vencimiento, más los montos adeudados por reclamos, en caso de existir, menos cualquier monto adeudado a Alliance o a los proveedores del plan, se reembolsarán a la Autoridad Pública en un plazo de **30 días**, y ni Alliance ni los proveedores del plan tendrán mayor responsabilidad o compromiso con base en el acuerdo.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Cambios en la ley

En caso de que haya alguna enmienda a la Ley Knox-Keene o algún cambio en la interpretación de la ley por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California, que amplíe los fundamentos según los cuales un plan de servicios de cuidado de la salud pueda terminar, cancelar o negarse a renovar los acuerdos de los miembros con la Autoridad Pública, Alliance puede modificar el acuerdo unilateralmente con efectos inmediatos y luego dar aviso por escrito de la modificación a la Autoridad Pública en un plazo de **15 días**.

Elección de no renovar

Alliance puede elegir no renovar el acuerdo mediante un aviso por escrito con **180 días** de anticipación en caso de que Alliance decida dejar de proporcionar planes grupales de salud nuevos o existentes en California. Alliance también puede optar por no renovar el acuerdo mediante un aviso por escrito con **90 días** de anticipación si retira del mercado los beneficios del plan aplicables al acuerdo.

Falta de acuerdo sobre la prima de renovación

Alliance puede dar por vencido el acuerdo automáticamente en caso de que la Autoridad Pública y Alliance no logren alcanzar un acuerdo, antes de los **90 días** previos a la fecha de renovación, sobre las cuotas periódicas de prepago pagaderas con base en el acuerdo a partir de la fecha de renovación.

Extensión de beneficios a partir del vencimiento

Continuidad de la atención

Si se termina el acuerdo con base en las condiciones antes establecidas, cualquier miembro que esté internado con un proveedor del plan o bajo tratamiento para un padecimiento crónico en la fecha de vigencia de la terminación recibirá, sujeto al pago de las cuotas periódicas de prepago y los copagos correspondientes, todos los beneficios autorizados por Alliance antes de la fecha de vigencia de la terminación para dicho tratamiento hasta: (a) la expiración de dichos beneficios; (b) que un proveedor del plan determine que la institucionalización ya no es médicamente necesaria, o (c) **30 días** después de la fecha de vigencia del vencimiento del acuerdo, lo que ocurra primero.

Miembro totalmente discapacitado

Excepto lo expresamente previsto en esta sección, todos los derechos a beneficios terminarán en la fecha de vigencia de la terminación del acuerdo.

De acuerdo con la Sección 1399.62 de la Ley, si un miembro queda totalmente discapacitado por un padecimiento para el cual están cubiertos los beneficios conforme al acuerdo y en la fecha de vencimiento del acuerdo dicho miembro sigue totalmente discapacitado, dicho miembro quedará cubierto, sujeto a todas las limitaciones, las exclusiones, las condiciones y las restricciones del acuerdo, incluido el pago de las cuotas periódicas de prepago y los copagos, por la afección discapacitante hasta:

1. el final del **12.º mes** después del vencimiento del acuerdo;
2. que el miembro ya no esté totalmente discapacitado, o
3. el momento en que el miembro obtenga cobertura mediante un contrato o una póliza de reemplazo emitida sin limitación en cuanto al padecimiento discapacitante, lo que ocurra primero.

La Autoridad Pública proporcionará a Alliance evidencias de la discapacidad total continuada en intervalos de no menos de **31 días** durante el periodo en que se ofrezcan los beneficios extendidos, junto con la certificación adecuada de la persistencia de la discapacidad total del miembro por parte de un proveedor del plan.

Si se termina el acuerdo con base en las condiciones antes establecidas, cualquier miembro que esté internado con un proveedor del plan o bajo tratamiento para un padecimiento crónico en la fecha de vigencia de la terminación recibirá, sujeto al pago de las cuotas periódicas de prepago y los copagos correspondientes, todos los beneficios autorizados por Alliance antes de la fecha de vigencia de la terminación para dicho tratamiento hasta:

1. el vencimiento de dichos beneficios;
2. el momento en que un proveedor del plan determine que el internamiento ya no es médicamente necesario, o
3. **30 días** después de la fecha de vigencia del vencimiento del acuerdo, lo que ocurra primero.

Vencimiento de los beneficios: miembro individual

Su cobertura de atención médica con Alliance Group Care puede terminar por varias razones. Si esto ocurre, es posible que pueda usted continuar con su cobertura de salud a través de la COBRA o la Cal-COBRA. *(Para obtener más información, consulte el **Capítulo 13: Continuación de los beneficios**).* Alliance no puede poner fin a sus beneficios de salud debido a sus necesidades de salud o a su afección médica. Pero se puede terminar su cobertura médica por alguna de las siguientes razones.

Pérdida de la elegibilidad

Su cobertura de atención médica con Alliance Group Care puede terminar si usted deja de cumplir los requisitos de elegibilidad establecidos por la Autoridad Pública.

La Autoridad Pública seguirá siendo responsable de las cuotas periódicas de prepago durante el periodo entre la pérdida de la elegibilidad y la recepción del aviso por parte de Alliance. Es posible que los proveedores del plan le cobren a un miembro por los servicios que le prestaron después de que Alliance informó al proveedor del plan que el miembro ya no era elegible.

Elección de otro plan de cobertura

Si usted elige tener cobertura de algún otro plan ofrecido por, a través de o en relación con la Autoridad Pública, se terminarán su cobertura y sus beneficios.

La Autoridad Pública notificará automáticamente a Alliance cuando un miembro elija otra cobertura.

Falta de entrega de información o entrega de información incompleta

Si un miembro no entrega la información requerida a Alliance con base en el acuerdo o en lo solicitado por la Autoridad Pública, Alliance puede dar por terminados los derechos del miembro **15 días** después de que el miembro reciba de Alliance el aviso de vencimiento por escrito, a menos que el miembro entregue a Alliance o a la Autoridad Pública la información solicitada en dicho periodo de **15 días**.

Fraude o engaño

Los miembros deberán garantizar en sus solicitudes de inscripción que toda la información incluida en las solicitudes, los cuestionarios, los formularios o las declaraciones que entreguen a Alliance en relación con la inscripción es verdadera, correcta y completa. Si algún miembro incide en fraude o engaño al proporcionar información a Alliance o a un proveedor del plan al obtener beneficios, o si intencionalmente permite dicho fraude o engaño por parte de otra persona, lo cual incluye, entre otras cosas, que un miembro permita que otra persona use su identificación o que él mismo use la identificación de otra persona o una identificación inválida, Alliance puede dar por terminados los derechos de cualquier miembro involucrado, con efectividad a partir de la fecha de envío por correo del aviso por escrito a dicho miembro.

Conducta problemática

Alliance puede exigir la cancelación de su inscripción en el programa de Alliance Group Care si usted constantemente presenta una conducta verbalmente abusiva, hostil o problemática, o si ataca físicamente o amenaza a un miembro del personal de Alliance, a los médicos, al personal de oficinas, clínicas u hospitales, a los pacientes o a otros miembros.

Falta de pago

Si un miembro no paga o no realiza trámites satisfactorios para pagar alguna cantidad que deba a Alliance o a un proveedor del plan en un plazo de **15 días** contados a partir de que Alliance o el proveedor del plan den aviso al miembro sobre la cantidad adeudada, y Alliance o el proveedor del plan envíen la cuenta al miembro por la cantidad adeudada, Alliance puede dar por terminado el derecho del miembro involucrado con efectividad a partir de la fecha de envío por correo del aviso al miembro y a la Autoridad Pública.

Reembolsos

Si se dan por terminados los derechos que el presente otorga a un miembro, los montos que se hayan recibido del miembro dado de baja, en caso de existir, y que sean aplicables a periodos posteriores a la fecha de vigencia del vencimiento más los montos adeudados al miembro por reclamos, en caso de existir, menos cualquier monto adeudado por el miembro a Alliance o a los proveedores del plan, se reembolsarán al miembro en un plazo de **30 días** y ni Alliance ni los proveedores del plan tendrán mayor responsabilidad o compromiso con dicho miembro con base en este acuerdo.

Revisión por el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de cuidado de la salud, incluidas las decisiones de inscripción y de cancelación de inscripción del plan. Un solicitante o miembro que afirme que se canceló o que no se renovó una inscripción debido a su estado de salud o a sus requerimientos de servicios de salud puede solicitar una revisión por parte del DMHC. Hay formularios en línea e instrucciones disponibles en el sitio web del DMHC www.dmhc.ca.gov.

13. Continuación individual de los beneficios

Cobertura grupal

De acuerdo con las leyes federales y estatales (conocidas como COBRA y Cal-COBRA), usted puede ser elegible para mantener sus beneficios del plan de salud grupal durante algún tiempo después de que se termine su empleo o se reduzcan sus horas. La COBRA y la Cal-COBRA determinan si usted puede mantener sus beneficios del plan de salud grupal y por cuánto tiempo. Esa cobertura también está sujeta a todos los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de este Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura de Alliance Group Care. La Autoridad Pública es la única responsable de notificarle si usted es elegible para la cobertura de continuación de la COBRA o la Cal-COBRA. La Autoridad Pública también le informará cuánto tiempo durará su cobertura de continuación y le explicará los términos y las condiciones. Para obtener más información, por favor llame a la Autoridad Pública al **1.510.577.3552**. El siguiente es un resumen de algunos de los términos clave de los programas que se aplicarán si la Autoridad Pública dice que usted es elegible.

COBRA

De acuerdo con la Ley Miscelánea Consolidada de Conciliación Presupuestaria (COBRA), usted puede tener derecho a mantener su plan de salud grupal durante **18 meses** o más cuando se termine su empleo o se reduzcan sus horas. Si la Administración del Seguro Social dice que usted está discapacitado, puede mantener su plan durante **29 meses**, a menos que deje de estar discapacitado.

Cal-COBRA

De acuerdo con la Ley de Reemplazo de Beneficios de Continuación de California (Cal-COBRA), usted puede solicitar mantener su cobertura médica grupal si:

- ya agotó su cobertura al amparo de la COBRA, y
- su cobertura al amparo de la COBRA duró menos de **36 meses**.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

En este caso, puede conservar la cobertura grupal hasta durante **36 meses** a partir de la fecha de inicio de su cobertura COBRA.

Pagos de primas para la COBRA y la Cal-COBRA

Usted tendrá que pagar la totalidad de la prima para la cobertura de la COBRA. La Autoridad Pública tiene un tercero administrador (Third Party Administrator, TPA) a quien usted le enviará su pago. El TPA reenviará sus primas a Alliance. La Autoridad Pública le dirá el nombre y la dirección de su TPA después de que se termine su empleo o se reduzcan sus horas.

Plazos

De acuerdo con la COBRA y la Cal-COBRA, usted recibirá por correo un aviso de la Autoridad Pública o su TPA sobre los derechos que le conceden la COBRA y la Cal-COBRA poco tiempo después de que se termine su empleo o se reduzcan sus horas. Ese aviso le informará cuánto tiene que pagar y a dónde enviar su pago. Si no recibe un aviso por correo, llame a la Autoridad Pública de inmediato y solicite dicho aviso.

Tendrá 60 días después de ser notificado para inscribirse o perderá su derecho a hacerlo.

¿Quién no puede inscribirse en la COBRA federal o en la Cal-COBRA?

Usted no se puede inscribir en la cobertura de continuación de Alliance al amparo de la COBRA o de la Cal-COBRA si:

- está inscrito o se vuelve elegible para inscribirse en Medicare;
- fue despedido por faltas de conducta graves;
- no se inscribió en un plazo de **60 días** después de que fue notificado de su derecho a la COBRA federal o a la Cal-COBRA;
- no pagó su primera prima a tiempo;
- tiene cobertura con otro plan de salud;
- no trabaja o reside en el Condado de Alameda;
- la Autoridad Pública ya no tiene la obligación de proporcionar cobertura al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA;
- la Autoridad Pública ya no brinda beneficios de plan de salud grupal a ningún trabajador de los IHSS;

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- la Autoridad Pública ya no tiene contrato con Alliance, o
- en el caso de la Cal-COBRA, usted es elegible para la COBRA y no ha agotado esos beneficios.

¿Cuándo vence su cobertura de la COBRA y la Cal-COBRA?

Su cobertura al amparo de la COBRA y la Cal-COBRA terminará si:

- vence el periodo máximo aplicable de la COBRA (**36 meses**);
- deja de pagar las primas o deja de pagarlas oportunamente;
- tiene otra cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica con otro plan de beneficios grupal que no contiene una exclusión o limitación con respecto a afecciones preexistentes aplicable a usted que pudiera impedir la cobertura (con ciertas excepciones en las leyes COBRA);
- llega la fecha en que la Autoridad Pública ya no tenga la obligación de proporcionarle cobertura al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA;
- se vuelve elegible para Medicare;
- con respecto a la Cal-COBRA, usted es elegible para la cobertura de la COBRA y todavía no agota esa cobertura;
- la Autoridad Pública deja de brindar beneficios de plan de salud grupal a los trabajadores de los IHSS;
- el contrato grupal entre la Autoridad Pública y Alliance se da por terminado o vence por alguna razón;
- usted comete fraude o engaño en el uso de los beneficios de la Cal-COBRA o, en el caso de los beneficios de la COBRA, usted presenta una conducta que justificaría que el plan diera por terminada la cobertura de un participante o un beneficiario que no estuviera recibiendo cobertura de continuación y que estuviera en una situación similar (como el fraude), o
- usted deja de residir o trabajar en el Condado de Alameda.

En el caso de la Cal-COBRA, usted está cubierto por el Capítulo 6A de la Ley del Servicio de Salud Pública, Sección 300bb-1 y siguientes del Título 42 del Código de EE. UU. (United States Code, USC). Esa sección contempla la continuación de los beneficios grupales de atención médica para ciertos empleados gubernamentales estatales o locales.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

La Autoridad Pública notificará a usted y a Alliance la fecha de vigencia y la fecha de vencimiento de sus beneficios de continuación.

Cobertura individual

Usted puede ser elegible para comprar a Alliance una cobertura de conversión individual si después de que se termine su empleo o se reduzcan sus horas:

- usted no es elegible para mantener sus beneficios del plan de salud grupal al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA, o
- ya agotó sus beneficios grupales al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA.

Plan de Conversión Individual (ICP)

Usted puede ser elegible para el Plan de Conversión Individual (Individual Conversion Plan, ICP) de Alliance. El ICP es una cobertura no grupal, disponible sin evidencia de asegurabilidad. La cobertura no grupal normalmente es más cara que la cobertura grupal y es posible que no tenga los mismos beneficios. Así que si usted es elegible para continuar su cobertura grupal, probablemente debería hacerlo. Pero si no es elegible para la cobertura grupal, el ICP le permite mantener parte de su cobertura para proteger su salud. Es posible que otras aseguradoras también vendan cobertura no grupal, pero es posible que quieran revisar su historial médico antes de venderle una póliza. Examine sus opciones cuidadosamente antes de comprar el ICP o cualquier cobertura no grupal.

Debe notificar a Alliance si desea pasar al ICP en un plazo de **31 días** a partir de que venza su cobertura de Alliance Group Care, de la COBRA o de la Cal-COBRA.

Después tendrá que entregar a Alliance una solicitud por escrito de cobertura mediante el ICP. La solicitud y el pago de la primera prima deben entregarse a Alliance en un plazo de **63 días** a partir de que venza su cobertura de la COBRA, de la Cal-COBRA o de Alliance Group Care. Si se acepta su solicitud, su Plan de Conversión Individual entrará en vigor el día en que haya terminado su cobertura anterior (de la COBRA, de la Cal-COBRA o de Alliance Group Care). Para obtener una solicitud e información sobre las primas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

No será elegible para el ICP si:

- se da por terminado el acuerdo entre la Autoridad Pública y Alliance o se da por terminada la participación de la Autoridad Pública y el contrato grupal se reemplaza con una cobertura similar en virtud de otro contrato grupal dentro de los **15 días** siguientes a la fecha de vencimiento de la cobertura grupal o de la participación del miembro;
- usted no pagó algún monto adeudado a Alliance;
- Alliance lo dio de baja por una causa justificada;
- usted proporcionó intencionalmente información incorrecta o bien obtuvo beneficios indebidamente;
- el plan de salud de la Autoridad Pública es de autoseguro en el momento en que usted solicita el Plan de Conversión Individual;
- usted está cubierto o es elegible para los beneficios de Medicare;
- está cubierto por beneficios similares mediante una póliza o un contrato individual;
- está cubierto o es elegible para los beneficios de algún acuerdo de cobertura para personas de un grupo, sea que esté asegurado o autoasegurado, o
- no estuvo cubierto de manera continua durante el periodo completo de **tres (3) meses** inmediatamente anterior al vencimiento de la cobertura de Alliance Group Care.

14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance

Quejas y problemas/reclamos y apelaciones

Como miembro de Alliance, tiene derecho a presentar una queja (también llamada reclamo) si no está satisfecho o si tiene algún problema con los servicios de cuidado de la salud. Para leer la definición completa de un reclamo, vea la sección "Definiciones" de este manual del miembro. Para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). Tiene el derecho a proporcionar comentarios por escrito, documentos e información que respalden su punto de vista. Puede hablar por usted mismo o hacer que otra persona hable por usted, incluso un abogado. Puede solicitar ver u obtener una copia de nuestros registros relacionados con su caso sin costo alguno. Usted o su proveedor pueden obtener sin costo alguno una copia de la disposición sobre los beneficios, el protocolo de pautas o los criterios usados para tomar una decisión de denegación llamando a nuestro Departamento de Servicios al Miembro de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). El uso de este proceso de reclamos no anula ningún posible derecho o recurso legal con el que pueda contar. Su satisfacción es importante para nosotros. Una apelación es cuando solicita una revisión de una "acción". *(Para obtener más información, vea el **Capítulo 17: Definiciones**).*

Las acciones son:

- cuando recibe un "aviso de acción" acerca de una denegación o autorización limitada para un servicio solicitado
- cuando recibe un "aviso de acción" acerca de una reducción, una suspensión o un vencimiento de un servicio previamente autorizado

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance

- que no se le proporcionen los servicios de forma puntual (esto también puede ser motivo de un reclamo)
- que Alliance o el estado no actúen dentro de los márgenes de tiempo para los reclamos y las apelaciones (esto también puede ser motivo de un reclamo)

Si tiene un problema con sus servicios de cuidado de la salud, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**). Si tiene un reclamo o una apelación, puede presentarla por teléfono o llenar un formulario. Puede apelar un aviso de acción por teléfono. Su proveedor puede presentar una apelación por usted.

Si necesita ayuda, puede llamarnos al:

Número de teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):

711/1.800.735.2929

Puede presentar una queja en línea.

Para presentar un reclamo o una apelación en línea:

1. Inicie sesión en el portal para miembros en **www.alamedaalliance.org**.
2. Haga clic sobre "Help Center" (Centro de ayuda).
3. Seleccione "File a Grievance or Appeal" (Presentar un reclamo o apelación) en el menú desplegable "Help Center" (Centro de ayuda) y siga las instrucciones de la página.

También puede enviar por fax una carta en la que describa su queja al **1.510.995.3705** o enviarla por correo a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Grievance and Appeals Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

Márgenes de tiempo

Si tiene algún problema, puede presentar un reclamo ante Alliance en cualquier momento después del evento que haya ocasionado su reclamo. Para presentar una apelación tiene **180 días calendario** a partir de la fecha en la que se hayan denegado, aplazado o modificado los servicios o beneficios.

Alliance revisará su reclamo o apelación y le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de **cinco (5) días calendario**. Alliance trabajará para resolver el problema en un plazo de **30 días calendario**, o antes, con base en su afección. Si cree que esperar **30 días calendario** pondrá en riesgo su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar al máximo una función, asegúrese de explicar por qué al presentar su reclamo o apelación. Alliance trabajará para resolver el problema en un plazo de **72 horas**. Al momento de presentar su apelación, puede pedir a Alliance que continúe proporcionándole sus servicios hasta que el proceso de reclamo o apelación se haya completado.

Si necesita ayuda con 1) un reclamo sobre una emergencia, 2) un reclamo que no ha sido resuelto aceptablemente por el plan de salud o 3) un reclamo que no ha sido resuelto después de **30 días**, puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California para obtener ayuda a la línea gratuita **1.888.466.2219** (TDD: **1.877.688.9891**).

No necesita participar en el proceso de reclamo de Alliance antes de solicitar al DMHC la revisión de un reclamo urgente. Si Alliance se negó a proporcionarle tratamiento por considerarlo experimental o de investigación, no es necesario que participe en nuestro proceso de apelación antes de solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Puede solicitar la IMR inmediatamente después de recibir el aviso de acción, pero no más de 180 días después de haber recibido dicho aviso de acción.

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si no está satisfecho con la decisión de Alliance o si han pasado más de **30 días calendario** desde que presentó una queja ante Alliance, puede presentar una queja ante el DMHC. Una Revisión Médica Independiente (IMR) es una revisión de su caso realizada por médicos que no forman parte de Alliance, cuando la denegación, modificación o retraso se basa en la decisión de que el servicio solicitado no es médicamente necesario. En la mayoría de los casos, debe completar el proceso de apelación de Alliance antes de solicitar una IMR ante el DMHC. Si desea solicitar una IMR, debe presentar su solicitud en un plazo de **seis (6) meses** a partir de la fecha en la que reciba de Alliance la carta de acuse de recibo del reclamo. El DMHC puede ampliar el plazo más allá de seis (6) meses si las circunstancias de un caso justifican una prórroga.

Para solicitar una IMR, comuníquese al:

Centro de Ayuda sobre HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California

Línea gratuita: **1.888.466.2219**

Las personas con algún impedimento auditivo pueden usar TDD:

1.877.688.9891

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):

711/1.800.735.2929

Servicio IP-Relay: **www.IP-relay.com**

Puede encontrar los formularios del DMHC y una guía en: **www.dmhc.ca.gov**

Si la IMR se decide a su favor, Alliance debe proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. Este proceso no tiene costo alguno.

Usted puede solicitar una IMR si Alliance:

- denegó, modificó o demoró un servicio o tratamiento porque se determinó que no es médicamente necesario;
- no quiere cubrir un tratamiento experimental o en investigación para una afección médica grave, o
- no quiere pagar servicios médicos de urgencia o emergencia que usted ya recibió.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance

Si califica para la IMR, se le proporcionará una de las siguientes:

- IMR estándar: el Centro de Ayuda sobre HMO del DMHC revisará y enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de **siete (7) días**. La IMR le comunicará la decisión en un plazo de **30 días**.
- IMR urgente: la IMR le comunicará la decisión en un plazo de **tres (3) a siete (7) días** si su problema representa una amenaza inmediata y grave para su salud.

Nota: Si no reúne los requisitos para una IMR, el problema se revisará de acuerdo con el proceso estándar de reclamos y apelaciones.

Si usted decide no participar en el proceso de la IMR, podría estar renunciando a sus derechos de tomar acciones legales contra Alliance en relación con el servicio o tratamiento que esté solicitando.

El DMHC se encarga de garantizar que todos los planes de salud de atención médica administrada obedezcan las leyes. Puede llamar al DMHC para tratar cualquier queja que tenga sobre Alliance.

Denegaciones de servicios experimentales o de investigación

Si le negamos un servicio médico por ser experimental o de investigación, le informaremos por escrito, en un plazo de **cinco (5) días** a partir del momento en el que hayamos tomado nuestra decisión, la razón por la cual le negamos el servicio y qué otras opciones de tratamiento pueden estar cubiertas.

La carta le informará sobre su derecho a solicitar una IMR a través del DMHC.

14. Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance

Para completar la solicitud de una IMR de una terapia experimental o de investigación, necesita encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- El médico que lo está tratando nos proporcionó un escrito en donde declara que usted tiene una afección grave debilitante o de riesgo para la vida, y que las terapias regulares no han ayudado a mejorar su estado de salud, o que las terapias regulares no funcionarían para usted, o que no existe una terapia regular que cubramos que sea más benéfica que la terapia que se solicitó.
 - "De riesgo para la vida" se refiere a enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de fallecimiento es alta a menos que el curso de la enfermedad se interrumpa, o a enfermedades o afecciones con posibilidad de consecuencias fatales en donde el objetivo final de una intervención clínica es la sobrevivencia.
 - "Grave debilitante" se refiere a las enfermedades o afecciones que causan un daño importante que no se puede revertir.
- Si el médico que lo está tratando es un médico de Alliance, recomendó un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia, y certificó que la terapia que solicitó probablemente traiga más beneficios para usted que cualquier terapia regular disponible, e incluyó una declaración de la prueba en la que se basa el médico de Alliance para certificar su recomendación.
- Usted (o su médico de Alliance, que sea un médico certificado por la junta o sea elegible por la junta y esté calificado en el área de práctica apropiada para tratar su afección) solicitó una terapia que 1) está basada en dos (2) documentos de prueba científica y médica, según se define en la Sección 1370.4(d) del Código de Salud y Seguridad de California, y 2) es probable que traiga más beneficios para usted que cualquier otra terapia regular disponible. La certificación del médico incluía una declaración de las pruebas en las que se basó el médico para certificar su recomendación. No cubrimos los servicios de un proveedor que no pertenezca a Alliance.

No tiene que presentar un reclamo con nosotros antes de solicitar una IMR para denegaciones experimentales o de investigación.

Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California

El Departamento de Salud Administrada de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene un reclamo contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**) y usar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamo no anula ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya quedado sin resolver durante más de 30 días. Es posible que también reúna los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el procedimiento de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que el plan de salud tomó relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos con fines experimentales o de investigación y disputas relacionadas con el pago de servicios de emergencia o de 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 auditivos y del habla. El sitio web de Internet del departamento **<https://www.dmhc.ca.gov/>** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**. **www.alamedaalliance.org**.

15. Otras disposiciones

Participación en las políticas públicas

Alliance cuenta con un grupo llamado Comité de Asesoría al Consumidor (Consumer Advisory Committee, CAC), también llamado Comité de Asesoría al Miembro (Member Advisory Committee, MAC) para ayudar a nuestra Junta de Administración. Este comité se asegura de que las políticas del plan cubran las necesidades e inquietudes de los miembros. El grupo está conformado por miembros de nuestro plan de salud, representantes del condado y de agencias comunitarias, proveedores y clínicas de nuestra red, y un miembro de nuestra Junta de Administración.

Si desea más información sobre este grupo o quiere que se le tenga en cuenta para ser miembro, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Alliance es un plan de salud patrocinado por el estado. Las reuniones de la Junta de Administración de Alliance están abiertas al público.

Ley aplicable

Alliance está sujeta a los requisitos de la Ley Knox-Keene de California, al Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y a las regulaciones establecidas en el Título 28 del Código Administrativo de California. Cualquier disposición que la Ley Knox-Keene o las regulaciones exijan que se incluya en este programa de beneficios será vinculante para Alliance, aun cuando no esté incluida en esta EOC o en el contrato del plan de salud.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Aviso de prácticas de información

La Ley de Protección de los Datos y la Información Personal de los Seguros dispone que Alliance puede recabar información personal de personas diferentes del individuo o los individuos que solicitan una cobertura de seguro. Alliance no divulgará ningún tipo de información personal o privilegiada sobre una persona que Alliance pudiera haber recabado o recibido en relación con una transacción de seguros, a menos que la divulgación se haga con la autorización por escrito de la persona o las personas o según lo permitido por la ley. Las personas que hayan solicitado la cobertura de seguro a través de Alliance tienen el derecho de acceder y recabar la información personal que pudiera haber sido obtenida en relación con la solicitud de la cobertura de seguro.

Satisfacción del miembro

Alliance puede solicitarle información sobre su experiencia y su satisfacción con la calidad, la disponibilidad y la accesibilidad de la atención que usted haya recibido como miembro de Alliance. Los resultados de estas encuestas se reportarán a los comités correspondientes de Alliance. Un miembro que dé información no será identificado por su nombre ni por ningún otro medio. Alliance usará estas encuestas regularmente para identificar e investigar fuentes de insatisfacción con Alliance (en caso de existir) por parte de los miembros, para identificar oportunidades de mejorar la atención y los resultados de los pacientes y para identificar el desempeño satisfactorio de un proveedor participante, del personal, de un hospital o de Alliance.

Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos

A veces, algunos médicos, farmacias y hospitales que no pertenecen al plan requieren un pago inmediato por los servicios que proporcionan. Por ejemplo, es posible que usted pague una cuenta (reclamo) o deba pagar cuando reciba tratamiento por emergencias fuera del área. Si como resultado de una consulta de atención de urgencia o de emergencia fuera del área, un miembro no puede recibir los servicios de un proveedor, una farmacia o un hospital del plan de Alliance, Alliance pagará directamente al proveedor que no pertenezca al plan o le hará un reembolso al miembro. Los reembolsos se harán de acuerdo con las políticas de reembolso de Alliance.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Si recibe una cuenta (reclamo) o tiene que pagar una cuenta por servicios (por ejemplo, por servicios de emergencia), envíe una copia de la cuenta a Alliance para su pago dentro de los **180 días calendario** posteriores al pago de la cuenta. Si ya pagó la cuenta, envíe también a Alliance, para su revisión, una copia del cheque cancelado o del recibo de pago, un formulario de reembolso para miembro llenado y firmado, junto con una explicación por escrito de por qué pagó de su bolsillo.

Incluya la siguiente información adjunta a la copia de la cuenta:

- nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del miembro de Alliance;
- nombre, dirección y número de teléfono del proveedor del servicio (si no está escrito en la cuenta), y
- la fecha y la razón de cada servicio (si no está escrito en la cuenta).

Envíe esta información y una copia de la cuenta en un plazo de **180 días calendario** a partir de la fecha en que se pagó la cuenta a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Grievance and Appeals Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Si Alliance determina que los servicios de emergencia obtenidos por el miembro están cubiertos, pagará directamente al proveedor o reembolsará al miembro si dicho miembro ya pagó los servicios. Todos los cargos se pagarán en un plazo de **45 días laborables** a partir de que Alliance reciba satisfactoriamente la información antes descrita o se le avisará a usted sobre el estado del reclamo.

El miembro será responsable de pagar el costo del servicio a los proveedores que no pertenezcan a Alliance, excepto si tal consulta tenía la aprobación previa de Alliance o fue para recibir atención de urgencia o de emergencia.

"Cuenta sorpresa" es una cuenta con un saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red. Las cuentas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o el servicio.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Servicios de proveedores no contratados obtenidos en un centro de la red mientras recibe servicios cubiertos en un centro médico de la red, si recibe servicios cubiertos de un proveedor no contratado, usted pagará el monto de costo compartido de la red por estos servicios. Los proveedores no contratados de centros de la red no pueden pasarle cuentas por sus servicios cuando estos están aprobados por Alliance.

Si tiene alguna pregunta sobre las cuentas médicas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Derecho del plan de salud a cambiar los beneficios y los cobros

Alliance se reserva el derecho a cambiar los beneficios y los cobros del Programa Alliance Group Care. Se dará aviso por escrito a los miembros **31 días calendario** antes de la fecha de vigencia de la renovación del contrato, antes de realizar cualquier cambio en los beneficios y los cobros. Cualquier cambio realizado a esta EOC está sujeto a la aprobación previa del DMHC.

Limitaciones de otras coberturas

Esta cobertura del plan de salud no está diseñada para duplicar ningún beneficio al que los miembros tengan derecho de acuerdo con los programas del gobierno, incluidos el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services, CHAMPUS), Medi-Cal, Medicare o Compensación a los Trabajadores. Al realizar una solicitud de inscripción, el miembro acuerda completar y presentar a Alliance los consentimientos, las divulgaciones, las cesiones y otros documentos razonablemente solicitados por Alliance o con el fin de obtener o asegurar un reembolso del CHAMPUS o Medi-Cal o un reembolso de acuerdo con la Ley de Compensación a los Trabajadores.

Desastres naturales, interrupciones y limitaciones

Es posible que algunas circunstancias fuera del control de Alliance (como un desastre natural, una guerra, un disturbio, una insurrección civil, una epidemia o la destrucción total o parcial de las instalaciones) ocasionen que usted no pueda obtener los servicios médicamente necesarios que cubre este plan. En ese caso, Alliance hará un esfuerzo de buena voluntad para proporcionar o tramitar los servicios que usted necesite. En estas condiciones, acuda al proveedor o al hospital más cercano para obtener servicios de emergencia.

Contratistas independientes

Los proveedores de Alliance no son agentes ni empleados de Alliance, sino contratistas independientes. Alliance acredita frecuentemente a los médicos que proporcionan servicios a los miembros. Sin embargo, Alliance en ningún caso se hará responsable de la negligencia, las acciones injustificadas o las omisiones cometidas por cualquier persona que proporcione servicios a los miembros, incluido cualquier médico, hospital u otro proveedor, o sus empleados.

Pago a proveedores

Alliance firma un contrato con una red de médicos y grupos médicos locales, así como con farmacias, hospitales y proveedores auxiliares, para proporcionar servicios a sus miembros. Para la atención terciaria, Alliance firma contratos con centros de atención terciaria. Los contratos se basan en acuerdos específicos de reembolso.

Los PCP reciben pagos mensuales de capitación por miembro, excepto en el caso de las vacunas, por las que se paga al PCP sobre la base de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS). A los especialistas o los médicos que prestan sus servicios por remisión y a los proveedores secundarios se les paga sobre la base de FFS.

La capitación es un método de pago por servicios de salud según el cual se paga al PCP una cantidad fija per cápita por los miembros atendidos, independientemente del número efectivo o la naturaleza de los servicios proporcionados a cada miembro.

FFS es un método de cobro mediante el cual un proveedor cobra por cada consulta o servicio proporcionado.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

A los hospitales participantes se les pagan sus servicios con base en una tarifa negociada. A los hospitales ubicados fuera del área de servicio de Alliance que prestan servicios de emergencia o de nivel terciario también se les paga a una tarifa negociada entre el hospital y Alliance.

Por ley, cada contrato entre Alliance y un proveedor establece que si Alliance no le paga a dicho proveedor, el miembro no tendrá que pagarle al proveedor lo que Alliance le deba a dicho proveedor.

Sin embargo, excepto en el caso de los servicios de atención de emergencia y de urgencia, si un miembro acude a un proveedor no contratado (un proveedor que no pertenezca a la red de proveedores de Alliance) sin aprobación, es posible que el miembro tenga que pagar a ese proveedor no contratado el costo de los servicios. *(Para obtener más información, vea **Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos** en este capítulo).*

Los reclamos de los proveedores son reembolsados por Alliance por la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través de telesalud sobre la misma base y en la misma medida en la que el plan reembolsaría el mismo servicio en persona cubierto.

Alliance también puede ofrecer incentivos económicos (es decir, bonos) a los proveedores. Estos incentivos están basados en los términos incluidos en los contratos de los proveedores. Esta información está disponible para los miembros a solicitud.

Notificación de vencimiento del contrato de un proveedor

Alliance dará a los miembros que estén recibiendo tratamiento de un proveedor de ese grupo médico o asociación de consultorios independientes, o que lo hayan seleccionado, un aviso por escrito sobre el vencimiento **30 días** antes del vencimiento de un contrato de proveedor con todo un grupo médico o una asociación de consultorios independientes.

Compensación a los trabajadores

Este beneficio no sustituye ni deberá afectar ningún requisito para la cobertura mediante el seguro de Compensación a los Trabajadores. Para obtener información sobre la cobertura de su seguro de Compensación a los Trabajadores, llame a la Autoridad Pública al **1.510.577.3552**

Acceso para discapacitados

Acceso físico

Alliance ha hecho todo lo necesario para garantizar que nuestras oficinas y las oficinas e instalaciones de nuestros proveedores sean accesibles para los discapacitados. Si no puede localizar un proveedor accesible, podemos ayudarle a encontrar un proveedor alternativo. Para obtener ayuda, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Acceso para personas con impedimentos auditivos

Los miembros que tienen impedimentos auditivos pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS)/TTY al **1.800.735.2929** o al **711**.

Acceso para personas con impedimentos de la vista

Para obtener ayuda para leer esta EOC y otros materiales, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Reclamos sobre el acceso para discapacitados

Si considera que Alliance o sus proveedores no respondieron a sus necesidades de acceso para discapacitados, puede presentar un reclamo ante Alliance. (Vea el **Capítulo 14: Procedimientos de reclamos y apelaciones de Alliance para obtener más información**).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990

Alliance se compromete a cumplir con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990. Esta ley prohíbe la discriminación por discapacidad. La ley protege a los miembros con discapacidades contra la discriminación en relación con los servicios del programa. Además, la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 establece que ninguna persona considerada como discapacitada podrá ser excluida, con base en su discapacidad, de la participación en ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de ayuda financiera federal, ni se le podrá negar los beneficios o discriminar en dicho programa o actividad.

16. Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN PERSONAL Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A LA MISMA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En Alameda Alliance for Health (Alliance) estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su información. Por ley, debemos mantener la privacidad de su información. Por ley, debemos brindarle un aviso con nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información. Este aviso le explica cómo podemos usar y divulgar información sobre usted. También le permite conocer sus derechos y nuestras obligaciones legales respecto a su información.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nosotros en:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Número de teléfono: **510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):
711/1.800.735.2929

Tipo de información que conservamos

Alliance recibe información sobre usted en el momento en que elige Alliance como su plan de salud. Recibimos información sobre usted de parte del estado de California (para Healthy Families), de su solicitud (para Alliance Group Care), de su médico u otros proveedores de atención médica en su nombre y de usted mismo.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

La información que Alliance reúne depende del programa. Conservamos los siguientes datos: su información de contacto, como su dirección y su número de teléfono, su edad, etnia, género e idioma. Recopilamos y conservamos la información sobre su atención médica, la cual es llamada información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). Esto incluye al médico que usted consulta y sus conclusiones sobre su salud; sus condiciones de atención médica y diagnóstico; su historial médico; sus recetas médicas, y las pruebas de laboratorio. Recopilamos y conservamos la información acerca de las clases sobre salud y bienestar a las que haya asistido y si participó o no en otros programas o planes de atención médica. También recopilamos y conservamos los registros financieros que presenta en el momento de solicitar la cobertura. Esta información nos ayuda a brindarle el servicio que usted necesita.

Sepa que Alliance protegerá su privacidad y su información. Esta información puede ser oral, escrita y electrónica. Un ejemplo del modo en que protegemos su información médica es la capacitación que Alliance exige a su personal acerca de los modos de mantener su información de salud privada y segura. Esto también significa que el personal de Alliance solo tiene permitido acceder a su información en la medida en que lo necesite para realizar su trabajo.

Cómo podemos usar o divulgar información sobre usted

1. **Tratamiento:** podemos usar o divulgar información sobre usted para ayudar a sus médicos o a los hospitales a brindarle atención médica. Por ejemplo, si usted está en el hospital, es posible que les proporcionemos los expedientes médicos que nos haya enviado su médico. O podemos divulgar esa información a un farmacéutico que la necesite para surtirle una receta médica o a un laboratorio que esté por realizarle una prueba.
2. **Pago:** podemos usar o divulgar información sobre usted para pagar sus cuentas de atención médica. Por ejemplo, su médico nos brindará la información que necesitamos antes de pagarle. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica para que puedan recibir sus pagos.
3. **Operaciones de atención médica:** podemos usar o divulgar información sobre usted para garantizar el funcionamiento de este plan de salud.

- Por ejemplo, podemos usar o divulgar información sobre usted para evaluar y mejorar la calidad de la atención que recibe. También puede usarse para evaluar la aptitud y la capacidad de nuestros proveedores.
 - Podemos usar o divulgar esa información para aprobar servicios o remisiones.
 - También podemos usar o divulgar esa información cuando la necesitemos para revisiones médicas o administración de casos. Por ejemplo, podríamos remitirlo a una clase sobre asma si usted tiene esa enfermedad.
 - Podemos también usar o divulgar esa información cuando lo necesitemos para servicios legales, auditorías o planes de negocios y administración.
 - También podemos divulgar información sobre usted a nuestros “socios comerciales”, que proveen ciertos servicios del plan por nosotros. Solo compartimos su información con estos grupos externos si ellos están de acuerdo en protegerla. Según la ley de California, ninguna de las partes que reciben información puede divulgarla, excepto en aquellos casos en que la ley lo pide o lo permite.
4. **Recordatorios de citas:** podemos usar o divulgar información sobre usted para recordarle las citas con su médico o consultas de atención médica. Si no está en casa, podemos dejar esa información en su máquina contestadora o dejarle un mensaje con la persona que conteste la llamada.
5. **Notificaciones y comunicación con la familia:** podemos divulgar información sobre usted para informarle a un miembro de su familia, a un representante legal o a la persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o su deceso. En caso de desastre, podemos divulgar información a un grupo como la Cruz Roja para que puedan comunicarse con usted. Podemos también divulgar información a alguien que colabore en su atención o que contribuya al pago de esta. Si usted está en condiciones de decidir, lo dejaremos decidir antes de divulgar su información personal. Pero podemos, en caso de desastre, divulgar esa información aun cuando usted no desee que lo hagamos, con el fin de poder responder ante la emergencia. Si no es capaz de decidir dada su condición de salud, o si no lo encontramos, nuestros profesionales juzgarán la situación y tomarán la decisión de divulgar la información o no a su familia y otras personas.

16. Aviso sobre prácticas de privacidad

6. **Requerido por ley:** acorde con la legislación, usaremos o divulgaremos información sobre usted limitándonos a lo que la ley autoriza usar o divulgar.
7. **Evaluación de los proveedores de salud:** podemos usar o divulgar información sobre usted para evaluar la capacidad de su proveedor o la calidad de la atención que usted recibe.
8. **Planes de salud grupales:** si es miembro de un plan de salud grupal, podemos divulgar información al patrocinador de su plan de salud grupal. Por ejemplo, si su empleador le ofrece cobertura médica, podemos hacerle saber si usted es todavía miembro del plan.
9. **Investigación:** si la investigación cumple ciertos requisitos, podemos divulgar información sobre usted sin su consentimiento por escrito.
10. **Mercadotecnia:** podemos comunicarnos con usted para ofrecerle información sobre productos o servicios. No utilizaremos ni compartiremos su información con este fin sin su permiso por escrito.
11. **Procedimientos judiciales y administrativos:** podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted por orden de una corte o por una orden administrativa, para un procedimiento judicial o administrativo, si se le dijo sobre la solicitud y usted no objetó, o si el juez administrativo o judicial no estuvo de acuerdo con su objeción.
12. **Actividades de supervisión de salud:** podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted a agencias de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y otros procedimientos, solo como lo permiten las leyes federales y de California.
13. **Salud pública:** podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted a agencias de salud pública para permitirles: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia hacia niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar violencia doméstica; denunciar problemas con productos y reacciones a medicamentos a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), y reportar exposición a infecciones o enfermedades.
14. **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar información sobre usted a un agente del cumplimiento de la ley. Esto puede ser para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material de un hecho o una persona desaparecida; cumplir con una orden judicial, una orden de registro, o una citación de un jurado de acusación, o para otros propósitos de cumplimiento de la ley.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

15. **Seguridad pública:** podemos divulgar información sobre usted a personas que contribuyan a prevenir o a reducir una amenaza grave e inmediata a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
16. **Operaciones gubernamentales especiales:** podemos divulgar información sobre usted por razones militares o de seguridad nacional, en la medida en que lo permita la ley. También podemos divulgarla a instituciones correccionales o a funcionarios del cumplimiento de la ley que tengan su custodia legal.
17. **Aseguradoras:** podemos usar o divulgar información sobre usted a aseguradoras cuando evaluemos una solicitud del plan de salud.
18. **Empleadores:** Podemos usar o divulgar información sobre usted a su empleador para informarnos acerca de una enfermedad o lesión de trabajo, o porque necesite vigilancia médica en su lugar de trabajo, en la medida en que usted autorice dicho uso. Podemos usar o divulgar información sobre usted a su empleador si usted lo autoriza o si lo permite la ley cuando haya una reclamación o demanda acerca de una afección médica o si la información se refiere a la realización de un trabajo en particular.
19. Otros modos en que Alliance puede usar o divulgar información sobre usted:
 - Podemos, si la ley lo exige, divulgar información sobre usted a médicos forenses cuando estos investigan muertes.
 - Podemos divulgar información a directores de funerarias, en la medida en que necesiten cumplir sus obligaciones, según lo permita la ley.
 - Podemos divulgar información sobre usted a organizaciones que ofrecen servicios de trasplante de órganos y tejidos.
 - Podemos usar o divulgar información sobre usted a la FDA cuando se trate de la calidad, seguridad o efectividad de un producto o actividad relacionados con dicha institución.
 - Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar información sobre usted a custodios o tutores.
 - Podemos divulgar información sobre usted en la medida en que lo necesitemos para otorgar el seguro contra accidentes de trabajo.
 - Si Alliance es vendida o se fusiona con otra organización, su información y registro de salud pertenecerán al nuevo propietario. Pero tendrá la posibilidad de inscribirse en otro plan de salud.
 - Podemos usar o divulgar información sobre usted con la finalidad de proteger dicha información cuando la transmitamos por Internet.

20. Regla de interoperabilidad: es posible que le proporcionemos cierta información a través de una aplicación de terceros según lo permitan las reglas de interoperabilidad. Las reglas de interoperabilidad requieren que los planes de salud como Alliance proporcionen cierta información de salud a través de una aplicación de terceros de su elección. Para obtener más información sobre cómo seleccionar una aplicación de terceros, consulte el "**Documento de privacidad del miembro**" en nuestro sitio web. Alliance no es responsable de las aplicaciones de terceros y no es responsable de su información una vez que se transfiere a la aplicación de terceros de acuerdo con su solicitud.

Cuándo no podemos usar o divulgar información sobre usted

Excepto en los casos que se describen en este Aviso sobre prácticas de privacidad, no usaremos ni divulgaremos información sobre usted sin su consentimiento por escrito. Si usted permite que Alliance use o comparta información sobre usted con otro propósito, puede retirar su consentimiento en cualquier momento por escrito, a menos que, basados en su autorización por escrito, ya hayamos usado o divulgado dicha información.

Es posible que Alliance se comuniquen con usted

Podemos comunicarnos con usted para ofrecerle información, recursos como libros o DVD, y productos o servicios relativos a la educación sobre la salud, tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

Sus derechos de privacidad

- 1. Derecho a solicitar protección especial de su privacidad:** tiene derecho a solicitar límites en ciertos usos y divulgaciones de su información personal. Puede hacerlo por medio de una solicitud por escrito en la que nos indique qué información quiere limitar y de qué manera quiere limitar su uso o divulgación.

2. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de una forma determinada o a una ubicación específica si el modo usual en que lo hacemos lo pone en una situación de riesgo. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a su dirección de trabajo. Comuníquese por escrito con nosotros para informarnos sobre el modo en que desea recibir su información y por qué sería un riesgo para usted si no seguimos sus indicaciones. Si su solicitud tiene algún costo que usted deba pagar, se lo haremos saber.
3. **Derecho a ver y copiar:** usted tiene el derecho a ver y copiar su información, con limitadas excepciones. Para ver su información, tiene que enviar una solicitud por escrito en la que especifique la información a la que desea tener acceso. Comuníquenos también si quiere verla, copiarla u obtener una copia de la misma. Las leyes de California nos permiten cobrarle una cuota justa por copiar sus expedientes. Podemos rechazar su solicitud ante circunstancias limitadas.
4. **Derecho a solicitar información a través de una aplicación de terceros:** tiene derecho a solicitar cierta información a través de una aplicación de terceros de su elección, según lo permiten las "reglas de interoperabilidad".
5. **Derecho a cambiar o a completar:** usted tiene el derecho de solicitar que cambiemos la información sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Debe solicitarnos por escrito que cambiemos su registro. Infórmenos sobre las razones por las cuales considera que la información es incorrecta. Nosotros no tenemos la obligación de cambiar su información y si rechazamos su solicitud, le informaremos las razones. También le informaremos sobre el modo en que usted puede estar en desacuerdo con nuestra denegación. Podemos rechazar su solicitud si no tenemos la información. También podemos rechazar su solicitud si nosotros no creamos esa información (excepto en el caso en que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar el cambio). También podemos rechazar su solicitud si usted no tiene permiso de inspeccionarla y copiarla, o si consideramos que la información es correcta y completa.
6. **Derecho a que le digamos cómo divulgamos su información:** usted tiene derecho a recibir una lista de cómo hemos divulgado cierta información durante los **seis (6) años** anteriores a su solicitud. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar una cuota.

7. **Derecho a recibir el aviso de violación de privacidad:** le haremos saber oportunamente si ocurriera una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información de salud protegida.
8. **Derecho a una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad:** si desea obtener más información sobre estos derechos o si desea hacer uso de ellos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738** (TTY **1.800.735.2929** o **711**).

Cambios a este Aviso sobre prácticas de privacidad

Tenemos el derecho de cambiar este Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta el momento en que tales cambios se realicen, tenemos que apegarnos a este aviso por ley. Después de que se realice un cambio, el aviso modificado será válido para toda la información protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue generada o recibida. Le enviaremos el aviso en un plazo de **60 días** a partir de la fecha en que se realice cualquier cambio importante. También tendrá acceso al aviso por medio de nuestro sitio web **www.alamedaalliance.org**.

Quejas

Comuníquese con nosotros si tiene alguna queja acerca de este Aviso sobre prácticas de privacidad o acerca del modo en que Alliance maneja su información médica:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Grievance and Appeals Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

También puede transmitir su queja al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nunca le solicitaremos que renuncie a sus derechos de presentar una queja. No será penalizado de ningún modo ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

También puede notificar a la Oficina de Privacidad de Alliance a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Compliance Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Número de teléfono: **1.510.747.4500**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):

711/1.800.735.2929

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE ALLIANCE PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS SE ENCUENTRA DISPONIBLE Y SE LE ENVIARÁ SI ASÍ LO SOLICITA.

17. Definiciones

A continuación encontrará algunos de los términos que se usan en este folleto:

Acuerdo o acuerdo de servicio: el contrato entre Alliance y la Autoridad Pública para los trabajadores de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del Condado de Alameda.

Afección que pone en peligro la vida o que debilita gravemente a la persona: que pone en peligro la vida se refiere a una (1) o todas las siguientes:

- enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de muerte es alta a menos que se interrumpa el avance de la enfermedad
- enfermedades o afecciones con desenlaces posiblemente mortales, en las que el punto final de la intervención clínica es la supervivencia
- enfermedades o afecciones gravemente debilitantes que causan una morbilidad irreversible importante

Agudo: una afección que es repentina y que dura un tiempo limitado.

Año de beneficios: el periodo de **12 meses** que comienza a las 12:01 a. m. del 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

Área de servicio: un área geográfica designada por el plan dentro de la cual un plan proporcionará servicios de cuidado de la salud (Condado de Alameda).

Atención de urgencia: servicios necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud de un miembro como consecuencia de una enfermedad o lesión imprevistas, cuyo tratamiento no se puede retrasar.

Autorización: el requisito que exige que Alliance o su proveedor de atención primaria (PCP) aprueben ciertos servicios para que estén cubiertos.

Beneficios y cobertura (servicios cubiertos): aquellos servicios, suministros y medicamentos que un miembro tiene derecho a recibir conforme a los términos del acuerdo. Un servicio no es un beneficio, aun si se describe como un servicio cubierto o beneficio en este folleto, si no es médicamente necesario o (excepto en una emergencia) si no lo brinda un proveedor del plan de Alliance con la autorización que se requiera.

Cancelar la inscripción: dejar de usar el plan de salud porque perdió la elegibilidad, renunció al plan de salud o no pagó sus primas mensuales del programa Alliance Group Care.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro que proporciona un nivel de atención de enfermería a pacientes hospitalizados que no es de la intensidad requerida de un hospital.

Cirugía estética: cirugía que se realiza para alterar o volver a dar su forma a estructuras normales del cuerpo para mejorar su apariencia.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades realizada para:

- a. mejorar el funcionamiento, o
- b. crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.

Contrato del plan: un contrato entre el plan y sus suscriptores o personas inscritas, o una persona que contrata en su nombre, de acuerdo con el cual se proporcionan servicios de cuidado de la salud, incluidos servicios básicos de cuidado de la salud, y, a menos que el contexto indique otra cosa, incluye contratos grupales. (El contrato entre Alliance y sus miembros o personas inscritas que está representado por este Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura [EOC]).

Contrato grupal: un contrato que por sus términos limita la elegibilidad de los miembros y de las personas inscritas en un grupo específico. (El contrato entre Alliance y la Autoridad Pública para los trabajadores de Servicios de Apoyo en el Hogar [IHSS] del Condado de Alameda).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Copago: la parte de los costos que le corresponde pagar al miembro en el momento en el cual se reciben ciertos servicios.

Dependiente:

- El cónyuge del miembro.
- Los hijos del miembro o del cónyuge (incluidos los hijos adoptivos) que no estén casados y que tengan menos de 19 años.
- Cualquier otra persona dependiente que no esté casada y que cumpla todos los criterios siguientes:
 - Es menor de 19 años.
 - Recibe todo el apoyo y manutención de usted o de su cónyuge.
 - Reside permanentemente con el miembro.
- El miembro o el cónyuge es el tutor designado por el tribunal (o lo era antes de que la persona cumpliera 18 años), o su padre o madre es un miembro inscrito.
- Dependiente de la cobertura de la familia.

Director médico: un médico o psicólogo, designado por Alliance, que es responsable de la administración de los programas médicos o del comportamiento de Alliance.

Directorio de proveedores: la lista de todos los nombres y direcciones de proveedores que tienen contrato con Alliance.

Discapacidad: una enfermedad, afección o lesión física o mental, según lo definido en la Sección 12926 del Código del Gobierno de California.

Dispositivo de prótesis: un artículo médicamente necesario que reemplaza todo o parte de un órgano o extremidad.

Dispositivo ortopédico: un aparato ortopédico o soporte médicamente necesario diseñado para el soporte de alguna articulación o músculo débil o deficiente, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.

Enfermedades mentales graves: se refieren a los siguientes trastornos mentales en una persona de cualquier edad: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos importantes, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Enmienda: una descripción por escrito de cualquier cambio al Programa de Alliance Group Care que Alliance enviará a los miembros cuando dichos cambios tengan impacto en la Evidencia de Cobertura (EOC). Luego, estos cambios deben ser leídos y adjuntados a su EOC.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médicamente necesario que:

- Es para un uso repetido.
- Se utiliza para un propósito médico.
- Generalmente no es útil para alguien que no está enfermo o herido.

Evidence of Coverage (EOC) or Combined Evidence of Coverage (EOC) and Disclosure Form – Any certificate, agreement, contract, brochure, or letter of entitlement issued to a member or enrollee setting forth the coverage to which the member or enrollee is entitled.

Excepción: cualquier disposición en el contrato de un plan mediante la cual se elimina por completo la cobertura de un riesgo o afección especificados.

Exclusión: un servicio que no cubrimos.

Experimental o de investigación: 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 suministro que no se reconozca como acorde a los estándares médicos profesionales generalmente aceptados o cuya seguridad y eficacia no se ha determinado para usarse en el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección médica particular para la que se recomienda o receta.

Formulario: una lista de medicamentos o artículos aprobados para miembros, que cumplen con ciertos criterios.

Gastos permitidos: el monto máximo que Alliance pagará por un servicio cubierto.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Hospital: un centro de atención médica acreditado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO), como:

- a. un hospital de cuidados agudos;
- b. un hospital psiquiátrico, o
- c. un hospital operado principalmente para el tratamiento contra el abuso de alcohol o de sustancias. Un centro que es principalmente una casa de descanso, un hogar de ancianos o una parte separada de un área de un centro de enfermería especializada de un hospital no está contemplado dentro del concepto de hospitales.

Limitación: cualquier disposición que no sea una excepción o reducción, y que restringe la cobertura de Alliance.

Medicamento necesario: los servicios o productos de cuidado de la salud cubiertos que (a) se proporcionan de conformidad con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos; (b) el médico tratante o proveedor cualificado determina que son congruentes con la afección médica, o el trastorno o afección de salud mental o de abuso de sustancias; (c) se proporcionan con el tipo, suministro y nivel de servicio más apropiados que considera los riesgos, los beneficios y las alternativas posibles para el paciente, y (d) son razonables y necesarios para proteger la vida, evitar enfermedades o discapacidades, o mitigar el dolor grave mediante el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Medicamento no incluido en el formulario: un medicamento que no se encuentra en el formulario y que requiere autorización de Alliance para que pueda ser cubierto.

Médico especialista: un médico del plan que provee servicios a los miembros que le son remitidos por un proveedor de atención primaria (PCP) dentro del rango de su área de especialidad designada de práctica y que está certificado por la junta o es elegible por la junta de especialidades en esa especialidad.

Miembro: una persona que se inscribe a Alliance para recibir atención médica. En este folleto, también nos referimos a un miembro como “usted”. (*También consulte la definición de “Suscriptor”*).

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Paciente hospitalizado: un individuo que ha sido admitido en un hospital como paciente de cama registrado y que recibe servicios cubiertos bajo la dirección de un médico.

Periodo de resolución de reclamos: la cantidad de tiempo que Alliance usa para procesar un reclamo después de que el proveedor lo haya presentado al plan.

Persona: cualquier persona, individuo, firma, asociación, organización, sociedad, fideicomiso de negocios, fundación, organización laboral, corporación, compañía de responsabilidad limitada, entidad pública o subdivisión política del estado.

Persona inscrita: una persona inscrita en un plan y que es elegible para recibir servicios de cuidado de la salud de Alliance.

Plan de salud o plan: Alameda Alliance for Health.

Plan de servicios de cuidado de la salud o plan de servicios especializados de cuidado de la salud: cualquiera de los siguientes:

1. cualquier persona que se comprometa a programar la provisión de servicios de cuidado de la salud a suscriptores o personas inscritas, o a pagar o reembolsar cualquier parte del costo de dichos servicios a cambio de un cargo prepagado o periódico pagado por los suscriptores o personas inscritas o en su nombre, o
2. cualquier persona, que se encuentre dentro o fuera de este estado, que solicite o contrate con un suscriptor o persona inscrita en este estado el pago o reembolso de cualquier parte del costo de, o que se encargue de hacer los arreglos necesarios u organice la provisión de los servicios de cuidado de la salud que deben proporcionarse de forma total o parcial en un país extranjero a cambio de un cargo prepagado o periódico pagado por o en nombre del suscriptor o la persona inscrita.

Plan o plan de salud: Alameda Alliance for Health.

Proveedor de atención médica: se refiere a los diferentes tipos de proveedores y especialistas que proporcionan atención en virtud de este plan.

Proveedor de atención primaria (PCP): un pediatra, médico general, médico familiar, internista, o a veces un ginecobstetra (OB/GYN), que tiene contrato con Alliance o trabaja en una clínica contratada por Alliance para proveer atención primaria a los miembros y para remitir, autorizar, supervisar y coordinar la provisión de todos los beneficios a los miembros de acuerdo con el contrato.

Proveedor del plan: un médico, clínica, hospital, centro de enfermería especializada u otro profesional de la salud, centro o agencia de cuidado de la salud en el hogar que, en el momento en que el miembro recibe la atención, tiene un contrato válido con Alliance para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros. Un proveedor del plan también puede ser un profesional o paraprofesional calificado con quien Alliance tenga un contrato para proporcionar servicios para el trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo.

Proveedor que deja el plan: un proveedor del plan cuyo contrato para proporcionar servicios a los miembros es dado por terminado o no es renovado por Alliance. (Vea también la definición de "**Proveedor del plan**").

Reclamo: una expresión oral o escrita de insatisfacción relacionada con el plan o proveedor, incluidas las inquietudes por la calidad de la atención, la cual debe incluir una queja, disputa, solicitud de reconsideración o apelación hecha por un miembro o representante del miembro. Cuando el plan sea incapaz de distinguir entre un reclamo y una pregunta, deberá considerarse un reclamo.

Reducción: cualquier disposición en el contrato del plan que reduce la cantidad de un beneficio del plan a una cantidad o periodo menor que de otra manera sería pagadero por gastos o servicios médicamente autorizados si no se hubiera usado dicha reducción.

Servicios básicos de cuidado de la salud: todos los siguientes:

- Servicios médicos, incluida la consulta y la remisión.
- Servicios para pacientes hospitalizados y servicios de atención ambulatorios.
- Servicios de laboratorio de diagnóstico y radiológicos terapéuticos y de diagnóstico.
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

- Servicios de salud preventivos.
- Servicios de cuidado de la salud de emergencia, incluidos los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia y de cobertura fuera del área. Los “servicios básicos de cuidado de la salud” incluyen los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia proporcionados por el sistema de respuesta de emergencias “911”.

Servicios de emergencia: atención de emergencia las 24 horas tanto dentro como fuera del área de servicio de Alliance. Una emergencia es un problema médico o de salud mental repentino con síntomas graves que necesita tratamiento de inmediato.

Servicios de salud mental (MH): psicoterapia, asesoría, administración médica u otros servicios que más comúnmente proporciona un psiquiatra; un psicólogo; un trabajador social clínico; un consejero matrimonial, familiar e infantil, u otro profesional o paraprofesional de la salud mental para el diagnóstico o el tratamiento de trastornos mentales o emocionales, o los problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o alguna otra afección (por ejemplo, disforia de género o incongruencia de género). Los trastornos mentales o emocionales incluyen esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), trastornos depresivos importantes, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de desarrollo generalizado o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Servicios fuera del área: la atención de emergencia o de urgencia proporcionada fuera del área de servicio que no podría retrasarse hasta que el miembro regresara al área de servicio.

Servicios para Niños de California (CCS): un programa que proporciona servicios a niños de hasta 21 años de edad para ciertas afecciones médicas.

Suscriptor: la persona que es responsable de pagar a un plan o cuyo empleo u otro estado, excepto su calidad de dependiente familiar, es la base de la elegibilidad para la membresía del plan. (*Vea también la definición de “Miembro”*).

Tarjeta de identificación (ID) de miembro: la tarjeta de identificación que Alliance proporciona a los miembros y que incluye el número de miembro, la información del PCP y los números telefónicos importantes.

¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al **1.510.747.4567** o a la línea gratuita **1.877.932.2738**.
www.alamedaalliance.org.

Trabajo de parto activo: el periodo durante el que una mujer está en las tres (3) etapas de dar a luz y no puede ser transferida de manera segura y a tiempo a otro hospital antes del parto o la transferencia podría dañar la salud y la seguridad de la mujer o del bebé por nacer.

Tratamiento de salud conductual para trastorno de desarrollo generalizado (PDD)/autismo: servicios profesionales y programas de tratamiento, incluido el análisis conductual aplicado y los programas de intervención conductual basados en evidencias que desarrollen o restauren, al máximo grado posible, el funcionamiento de una persona con trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo y que cumplan los siguientes criterios:

- un médico o un psicólogo autorizado bajo las disposiciones de la ley de California, recetó el tratamiento;
- el tratamiento es proporcionado conforme a un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicio de autismo calificado (Qualified Autism Service, QAS) y administrado por un proveedor de QAS, un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS supervisado y contratado por el proveedor de QAS;
- el plan de tratamiento tiene objetivos medibles desarrollados y aprobados por el proveedor de QAS, los cuales se revisan cada **seis (6) meses** y se modifican en caso necesario, y
- el plan de tratamiento no se usa para proporcionar ni reembolsar cuidado temporal de reemplazo, cuidado de guardería, servicios educativos o participación en el programa de tratamiento.

El problema debe ser tal que una persona sin capacitación médica podría considerar razonablemente que pondría la vida o la salud de una persona en un peligro grave, como:

- trabajo de parto activo tal según se define en **Trabajo de parto activo** en este capítulo
- poner la salud del paciente en grave peligro
- daño grave a las funciones corporales

- disfunción grave de alguna parte u órgano del cuerpo
- un trastorno mental que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad suficiente como para que cualquiera de las siguientes se cumpla con relación al paciente:
 - ser un peligro inmediato para sí mismo o para los demás
 - estar incapacitado para proporcionarse o utilizar alimentos, abrigo o ropa de manera inmediata debido al padecimiento mental