Manual para Miembros

Lo que necesita saber sobre sus beneficios

Alameda Alliance for Health
Evidencia de Cobertura (EOC) y Formulario de autorización de divulgación combinados

2024

Condado de Alameda

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Transmisión de California al 711.
Visítenos en línea en **www.alamedaalliance.org**.

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede solicitar este Manual para Miembros y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. Alameda Alliance for Health (Alliance) proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). La llamada es gratuita. 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.

Otros formatos

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 al

1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).
La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

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 al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). La llamada es gratuita.

Tagline (English tagline)

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-932-2738 (TTY: 1-800-735-2929 or 711). 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 or 711). These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic tagline)

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. هذه الخدمات مجانية. (TTY: 1-800-735-2929)

Հայերեն պիտակ (Armenian tagline)

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: Զանգահարեք 1-877-932-2738 (TTY: 1-800-735-2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:s

简体中文标语 (Chinese – Simplified tagline)

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)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 1.877.932.2738 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

简体中文标语 (Chinese – Traditional tagline)

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，例如盲文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。

مطلب به زبان فارسی (Farsi tagline)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-932-2738 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 1-800-735-2929) 1-877-932-2738 تماس بگیرید. این خدمات رایگان

हिंदी टैगलाइन (Hindi tagline)

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 प्रिंट 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 tagline)

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 tagline)

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 tagline)

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 문의ᄒᆞ십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian tagline)

ປະກາດ:ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-877-932-2738 (TTY:1-800-735-2929). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-877-932-2738 (TTY:1-800-735-2929). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien tagline)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx 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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih 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.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian tagline)

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-932-2738 (TTY: 1-800-735-2929)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-932-2738 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi tagline)

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 ਬ੍ਰੇਲ 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 tagline)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-932-2738 (линия TTY: 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 TTY: 1-800-735-2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish tagline)

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.

Tagalog Tagline (Tagalog tagline)

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 tagline)

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 tagline)

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 tagline)

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.

¡Le damos la bienvenida a Alliance!

Gracias por unirse a Alliance. Alliance es un plan de salud para personas con Medi-Cal. Alliance trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Manual para Miembros

Este Manual para Miembros le brinda información sobre su cobertura con Alliance. Léalo detenidamente y de manera completa. Le ayudará a entender sus beneficios, los servicios disponibles para usted y cómo obtener la atención que necesita. También le explicará sus derechos y responsabilidades como miembro de Alliance. Si tiene necesidades especiales de salud, asegúrese de leer todas las secciones que correspondan a su caso.

Este Manual para Miembros también se conoce como Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Formulario de autorización de divulgación combinados. Es un resumen de las reglas y las políticas de Alliance y se basa en el contrato entre Alliance y el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS). Si quiere obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En este Manual para Miembros, a veces se habla de Alliance como "nosotros" o "nos". A los miembros a veces se les llama "usted". Algunas palabras con mayúsculas tienen un significado especial en este Manual para Miembros.

Para solicitar una copia del contrato entre Alliance y el DHCS, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Puede solicitar otra copia gratuita del Manual para Miembros. También puede encontrar el Manual para Miembros en el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org. También puede pedir una copia gratuita de las políticas y

procedimientos clínicos y administrativos no protegidos de Alliance. También están en el sitio web de Alliance.

Contáctenos

Alliance está aquí para ayudarle. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita.

También puede visitarnos en línea en www.alamedaalliance.org, a cualquier hora.

Gracias,
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Índice

Otros idiomas y formatos **2**
Otros idiomas 2
Otros formatos 2
Servicios de interpretación 3
¡Le damos la bienvenida a Alliance! **10**
Member Handbook 10
Contáctenos 11
Índice **12**
1. Primeros pasos como miembro **15**
Cómo obtener ayuda 15
Quién puede ser miembro 16
Tarjetas de identificación (ID) 16
2. Acerca de su plan de salud **18**
Descripción general del plan de salud 18
Cómo funciona su plan 20
Cambio de plan de salud 20
Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California 21
Continuidad de la atención 22
Costos 25
3. Cómo obtener atención **29**
Cómo obtener servicios de cuidado de la salud 29
Proveedor de atención primaria (PCP) 30
Red de proveedores 34
Citas 45
Cómo llegar a su cita 46
Cómo cancelar y reprogramar 46
Pagos 46

Remisiones 48
Remisiones de la Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California 49
Aprobación previa (autorización previa) 50
Segundas opiniones 51
Atención sensible 52
Atención de urgencia 55
Atención de emergencia 57
Línea de asistencia de enfermería 58
Instrucciones anticipadas 59
Donación de órganos y tejidos 59
4. Beneficios y servicios 60
Lo que cubre su plan de salud 60
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Alliance 63
Otros beneficios y programas cubiertos por Alliance 84
Otros programas y servicios de Medi-Cal 98
Servicios que no pueden obtenerse a través de Alliance o Medi-Cal 104
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes 105
5. Atención para el bienestar de niños y jóvenes 106
Servicios pediátricos (niños menores de 21 años) 106
Revisiones de bienestar infantil y atención preventiva 107
Pruebas de detección de intoxicación por plomo en sangre 109
Ayuda para obtener servicios de atención al bienestar de niños y jóvenes 109
Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de honorarios por servicios (FFS) u otros programas 109
6. Cómo reportar y solucionar problemas 112
Quejas 113
Apelaciones 115
Qué hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación 116
Quejas y Evaluaciones Médicas Independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) 117
Audiencias estatales 119
Fraude, despilfarro y abuso 120

7. Derechos y responsabilidades 122
Sus derechos..... 122
Sus responsabilidades 124
Aviso de no discriminación 124
Maneras de participar como miembro 127
Aviso sobre prácticas de privacidad 128
Tipo de información que conservamos..... 130
Cómo podemos usar o divulgar información sobre usted 131
Cuándo no podemos usar o divulgar información sobre usted..... 134
Es posible que Alliance se comunique con usted..... 134
Sus derechos de privacidad 135
Cambios a este Aviso sobre prácticas de privacidad 136
Quejas 136
Aviso sobre leyes 137
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otras coberturas médicas y recuperación de daños 138
Aviso sobre la recuperación por medio de la herencia 139
Aviso de acción 139
8. Números y palabras importantes que debe conocer..... 141
Números de teléfono importantes..... 141
Palabras que debe conocer..... 142

1. Primeros pasos como miembro

Cómo obtener ayuda

Alliance desea que se sienta satisfecho con su atención médica. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención, ¡Alliance desea conocer su opinión!

Servicios al Miembro

Servicios al Miembro de Alliance está a su disposición para ayudarle.

Alliance puede:

- responder preguntas sobre su plan de salud y los servicios cubiertos por Alliance
- ayudarle a elegir o cambiar un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)
- decirle dónde puede obtener la atención que necesita
- ayudarle a obtener servicios de interpretación si no habla inglés
- ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos

Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. Alliance debe asegurarse de que usted espere menos de 10 minutos cuando llame.

También puede visitar Servicios al Miembro en línea en cualquier momento en 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 de 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 y haga clic en "Member Portal" (Portal para miembros) en la esquina superior derecha.

Quién puede ser miembro

Cada estado puede tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se llama **Medi-Cal**.

Usted califica para Alliance porque reúne los requisitos para Medi-Cal y vive en el Condado de Alameda. Puede comunicarse con la oficina de Servicios Sociales del Condado de Alameda llamando a la línea gratuita al 1-800-698-1118. Es posible que también califique para Medi-Cal a través del Seguro Social porque está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementary Security Income, SSI) o Pago Suplementario Estatal (State Supplemental Payment, SSP).

Para preguntas sobre la inscripción, llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711). O visite http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/. Si tiene preguntas sobre el Seguro Social, llame a la Administración del Seguro Social a la línea gratuita 1-800-772-1213. O visite https://www.ssa.gov/locator/.

Medi-Cal de Transición

A Medi-Cal de Transición también se le llama “Medi-Cal para trabajadores”.

Puede obtener Medi-Cal de Transición si deja de recibir Medi-Cal por las siguientes razones:

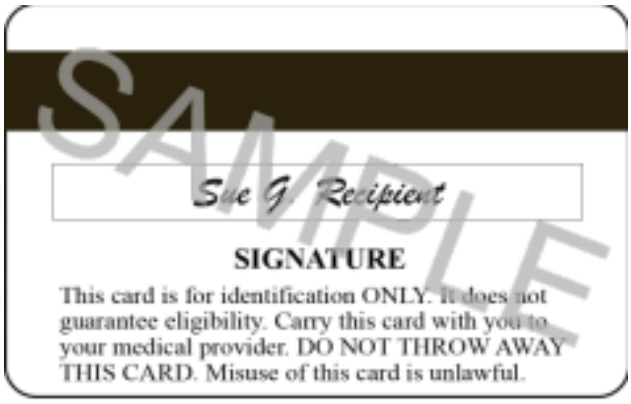
- comenzó a ganar más dinero, o
- su familia empezó a recibir más por la manutención de los hijos o del cónyuge.

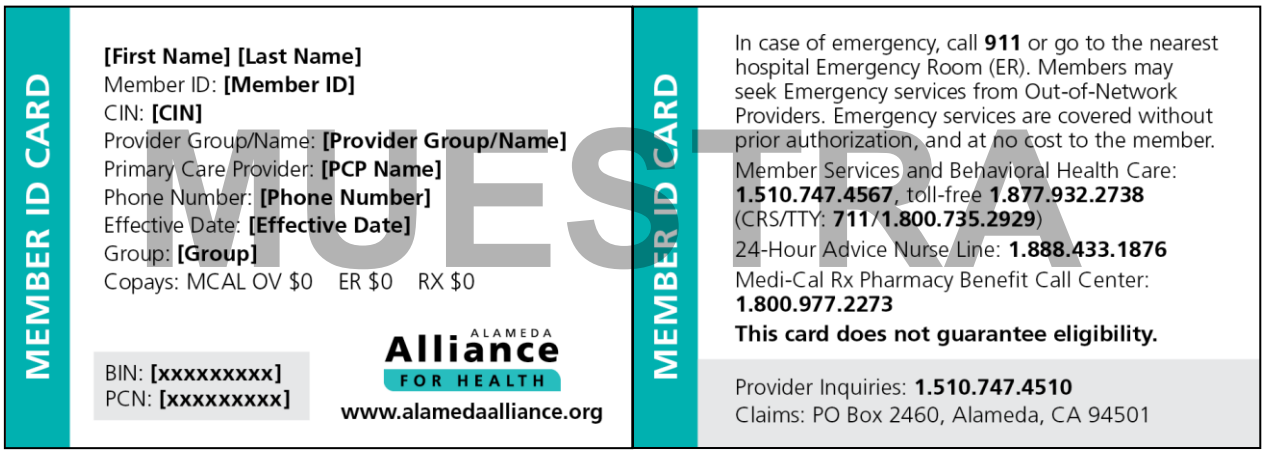
Puede hacer preguntas sobre la elegibilidad para Medi-Cal de Transición en su oficina local de Salud y Servicios Humanos del condado en http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx. O llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711).

Tarjetas de identificación (ID)

Como miembro de Alliance, obtendrá nuestra tarjeta de identificación (ID) de miembro de Alliance. Debe mostrar su tarjeta de ID de miembro de Alliance **y** su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal al recibir servicios de cuidado de la salud o recetas médicas. Su tarjeta BIC es la tarjeta de beneficios de Medi-Cal que le envió el estado de California. Siempre debe llevar con usted todas las tarjetas de salud.

Sus tarjetas BIC y de identificación de miembro de Alliance tienen este aspecto:





Si no recibe su tarjeta de ID de Alliance después de unas semanas de haberse inscrito, o si su tarjeta está dañada, la perdió o se la robaron, llame de inmediato al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. Alliance le enviará una tarjeta nueva sin costo. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

También puede imprimir una tarjeta de ID temporal de miembro de Alliance accediendo a su cuenta del Portal para miembros de Alliance. Para acceder al Portal para miembros de Alliance, visite el sitio web www.alamedaalliance.org y haga clic en "Member Portal" (Portal para miembros) en la esquina superior derecha.

También puede acudir en persona a Alliance durante el horario de atención, de martes a jueves, de 9:00 a. m. a 11:00 a. m. y de 2:00 p. m. a 4:00 p. m. El horario de atención está sujeto a cambios. Para conocer el horario más actualizado, visite www.alamedaalliance.org/contact-us.

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Transmisión de California al 711.
Visítenos en línea en **www.alamedaalliance.org**.

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del plan de salud

Alliance es un plan de salud para personas del Condado de Alameda que tienen Medi-Cal. Alliance trabaja con el estado de California para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

Hable con uno de los representantes de Servicios al Miembro de Alliance para obtener más información sobre el plan de salud y cómo hacer que funcione para usted. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Cuándo comienza y cuándo termina su cobertura

Cuando se inscriba en Alliance, le enviaremos su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Alliance dentro de las dos semanas siguientes de haberse inscrito. Debe mostrar su tarjeta de ID de Alliance y su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal al recibir servicios de cuidado de la salud o recetas médicas.

Su cobertura de Medi-Cal deberá renovarse cada año. Si su oficina local del condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal electrónicamente, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal previamente completado. Complete este formulario y devuélvalo a la agencia local de servicios humanos de su condado. Puede devolver su información en persona, por teléfono, por correo, en línea o por otros medios electrónicos disponibles en su condado.

Puede poner fin a su cobertura de Alliance y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Si necesita ayuda para elegir un nuevo plan, llame a Health Care Options a la línea gratuita al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711). O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. También puede solicitar que cancelen su Medi-Cal.

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Transmisión de California al 711.
Visítenos en línea en **www.alamedaalliance.org**.

Alliance es un plan de salud para los miembros de Medi-Cal dentro del Condado de Alameda. Encuentre su oficina local en http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx.

La elegibilidad para Alliance puede terminar si:

- Se muda a un área fuera del Condado de Alameda.
- Ya no tiene Medi-Cal.
- Se convierte en elegible para un programa de dispensa que requiera su inscripción a Medi-Cal de honorarios por servicio (Fee-For-Service, FFS).
- Está en la cárcel o en la prisión.

Si pierde su cobertura Medi-Cal de Alliance, aún puede calificar para la cobertura de Medi-Cal de FFS. Si no está seguro de si todavía está cubierto por Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Consideraciones especiales para los indígenas estadounidenses en la atención médica administrada

Los indígenas estadounidenses tienen derecho a no inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal. O pueden abandonar su plan de atención médica administrada de Medi-Cal y volver al Medi-Cal de FFS en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si usted es un indígena estadounidense, tiene derecho a recibir servicios de cuidado de la salud de proveedores de atención médica para indígenas estadounidenses (Indian Health Care Provider, IHCP). También puede permanecer en Alliance o cancelar su inscripción (abandonar) en esta mientras recibe servicios de cuidado de la salud en estos lugares. Para obtener más información sobre la inscripción y la cancelación de la inscripción, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Alliance tiene que proporcionarle coordinación de la atención, incluida la administración de casos fuera de la red. Si solicita recibir servicios de un IHCP y no hay ningún IHCP disponible dentro de la red, Alliance tiene que ayudarle a encontrar un IHCP fuera de la red. Para obtener más información, lea "Red de proveedores" en el Capítulo 3 de este manual.

Cómo funciona su plan

Alliance es un plan de atención médica administrada contratado por el DHCS. Alliance trabaja con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica del área de servicio de Alliance para proporcionar atención médica a nuestros miembros. Como miembro de Alliance, puede calificar para algunos servicios proporcionados a través de Medi-Cal de FFS. Estos incluyen recetas médicas para pacientes ambulatorios, medicamentos sin receta y algunos suministros médicos a través de Medi-Cal Rx.

El Departamento de Servicios al Miembro de Alliance le explicará cómo funciona Alliance, cómo obtener la atención que necesita, cómo programar citas con los proveedores durante el horario de atención, cómo solicitar servicios gratuitos de interpretación y traducción, o información escrita en formatos alternativos y cómo averiguar si califica para servicios de transporte.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede encontrar información en línea sobre el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Cambio de plan de salud

Puede cancelar Alliance y unirse a otro plan de salud de su condado de residencia en cualquier momento. Para elegir un nuevo plan, llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711). Puede llamar de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. O visite https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

Se necesita 30 días o más para procesar su solicitud para cancelar Alliance e inscribirse en otro plan de su condado. Para conocer el estado de su solicitud, llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711).

Si desea cancelar Alliance antes, puede llamar a Health Care Options para solicitar una cancelación expedita (rápida) de la inscripción.

Los miembros que pueden solicitar una cancelación expedita de la inscripción son, entre otros, los niños que reciben servicios por parte de programas de cuidado de crianza temporal o de asistencia para adopción, los miembros con necesidades de atención médica especiales y los miembros que ya están inscritos en Medicare o en otro plan de atención médica administrada comercial o de Medi-Cal.

Puede solicitar la cancelación de Alliance comunicándose con la oficina local de Salud y Servicios Humanos de su condado. Encuentre su oficina local en http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx. O llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711).

Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California

Puede recibir atención de emergencia y de urgencia en cualquier lugar de Estados Unidos, incluidos los territorios de Estados Unidos. La atención preventiva y de rutina están cubiertas solo en su condado de residencia. Si es usted un estudiante que se muda a un nuevo condado de California para cursar estudios superiores, incluida la universidad, Alliance cubrirá los servicios de la sala de emergencias y de atención de urgencia en su nuevo condado. También puede recibir atención de rutina o preventiva en su nuevo condado, pero tiene que notificarlo a Alliance. Más información a continuación.

Si está inscrito en Medi-Cal y es estudiante en un condado distinto del condado de California en el que vive, no necesita solicitar Medi-Cal en ese condado.

Si se muda temporalmente de casa para estudiar en otro condado de California, tiene dos opciones.

Puede:

- Decirle a su trabajador de elegibilidad de Servicios Sociales del Condado de Alameda que se va a mudar temporalmente para asistir a una escuela de educación superior y darle su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los registros del caso con su nueva dirección y el código del condado. Tiene que hacer esto si quiere seguir recibiendo atención de rutina o preventiva mientras vive en un nuevo condado. Si Alliance no presta sus servicios en el condado en el que va a asistir a la universidad, es posible que tenga que cambiar de plan de salud. Si tiene preguntas y para evitar retrasos en la inscripción al nuevo plan de salud, llame a la línea gratuita de Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o al 711).

  O

- Si Alliance no presta servicios en el nuevo condado donde usted va a asistir a la universidad, y usted no cambia su plan de salud por uno que preste servicios en ese condado, solo recibirá servicios de sala de emergencias y de atención de urgencia para algunas afecciones en el nuevo condado. Para obtener más información, lea el Capítulo 3, "Cómo obtener atención". Para recibir atención médica de rutina o preventiva, tendría que usar la red de proveedores de Alliance ubicados en el condado de residencia del jefe de la familia.

Si se va de California temporalmente para estudiar en otro estado y desea mantener su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su trabajador de elegibilidad de Servicios Sociales del Condado de Alameda. Mientras califique, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencia y de atención de urgencia en otro estado. Si Alliance aprueba el servicio y el médico y el hospital cumplen las reglas de Medi-Cal, Medi-Cal también cubrirá la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México.

Los servicios de atención preventiva y de rutina, incluidos los medicamentos recetados, no están cubiertos cuando se encuentra fuera de California. No calificará para Medi-Cal. Alliance no pagará su atención médica. Si desea Medicaid en otro estado, deberá solicitarlo en ese estado. Medi-Cal no cubre los servicios de emergencia, de urgencia ni otros servicios de cuidado de la salud fuera de los Estados Unidos, excepto por Canadá y México, como se indica en el Capítulo 3.

Continuidad de la atención

Continuidad de la atención para un proveedor fuera de la red

Como miembro de Alliance, recibirá atención médica de proveedores de la red de Alliance. Para saber si un proveedor de atención médica está en la red de Alliance, consulte el Directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org. También puede llamar 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 al 711). Es posible que los proveedores que no aparezcan en el directorio no pertenezcan a la red de Alliance.

En algunos casos, es posible que pueda recibir atención de proveedores que no estén en la red de Alliance. Si se le requirió que cambiara de plan de salud o que pasara de FFS a atención médica administrada, o si tenía un proveedor que estaba en la red, pero ahora está fuera de ella, es posible que pueda conservar a su proveedor aunque no pertenezca a la red de Alliance. Esto se conoce como continuidad de la atención.

Si necesita recibir atención de un proveedor que no pertenece a la red, llame a Alliance para solicitar la continuidad de la atención.

Es posible que pueda obtener la continuidad de la atención hasta 12 meses o más si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- Tiene una relación continuada con el proveedor fuera de la red antes de inscribirse en Alliance.
- Acudió al proveedor fuera de la red para una consulta que no era de emergencia al menos una vez durante los 12 meses anteriores a su inscripción en Alliance.
- El proveedor fuera de la red está dispuesto a trabajar con Alliance y acepta los requisitos del contrato y el pago por los servicios de Alliance.
- El proveedor fuera de la red cumple con los estándares profesionales de Alliance.
- El proveedor fuera de la red está inscrito y participa en el programa de Medi-Cal.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si sus proveedores no se unen a la red de Alliance transcurridos los12 meses, no aceptan las tarifas de pago de Alliance o no cumplen los requisitos de calidad de la atención, tendrá que cambiar a proveedores dentro de la red de Alliance. Para hablar de sus opciones, 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 al 711).

Alliance no está obligada a proporcionar continuidad de la atención con un proveedor fuera de la red para determinados servicios auxiliares (de apoyo) como radiología, laboratorio, centros de diálisis o transporte. Usted recibirá estos servicios de un proveedor de la red de Alliance.

Para obtener más información sobre la continuidad de la atención y si usted califica, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance.

Conclusión de los servicios cubiertos con un proveedor fuera de la red

Como miembro de Alliance, recibirá los servicios cubiertos por los proveedores de la red de Alliance. Si en el momento de su inscripción en Alliance o en el momento en el que su proveedor abandonó la red de Alliance usted estaba recibiendo tratamiento para ciertas afecciones, es posible que aún pueda seguir recibiendo los servicios de Medi-Cal de un proveedor fuera de la red.

Es posible que pueda seguir recibiendo atención con un proveedor fuera de la red durante un periodo de tiempo específico si necesita servicios cubiertos para estas afecciones:

Afección	Periodo de tiempo
Afecciones agudas (un problema médico que requiere atención rápida)	El tiempo que dure su afección aguda
Afecciones físicas y del comportamiento crónicas graves (un problema de atención médica grave que ha tenido durante mucho tiempo)	Durante el periodo de tiempo necesario para terminar su tratamiento y transferirlo con seguridad a un nuevo médico de la red de Alliance
Atención durante el embarazo y posterior al parto (después del nacimiento)	Durante su embarazo y hasta 12 meses después del final del embarazo
Servicios de salud mental materna	Durante hasta 12 meses desde el diagnóstico o desde el final de su embarazo, lo que ocurra después.
Atención de un recién nacido, entre el nacimiento y los 36 meses de edad	Durante hasta 12 meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura o de la fecha de finalización del contrato del proveedor con Alliance
Enfermedad terminal (un problema médico que pone en riesgo la vida)	El tiempo que dure su enfermedad. Puede seguir recibiendo los servicios durante más de 12 meses a partir de la fecha en la que se inscribió en Alliance o de la fecha en la que el proveedor deje de trabajar con Alliance.
Realización de una cirugía u otro procedimiento médico por parte de un proveedor fuera de la red siempre que esté cubierto, sea médicamente necesario y esté autorizado por Alliance como parte de un tratamiento documentado, y recomendado y documentado por el proveedor	La cirugía u otro procedimiento médico debe tener lugar en un plazo de 180 días a partir de la fecha de vencimiento del contrato del proveedor o de 180 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción en Alliance

Para conocer otras afecciones que podrían calificar, 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 al 711).

Si un proveedor fuera de la red no está dispuesto a seguir proporcionando los servicios o no está de acuerdo con los requisitos del contrato, el pago u otros términos de Alliance para proporcionar la atención, no podrá continuar recibiendo la atención del proveedor. Es posible que pueda seguir recibiendo los servicios de otro proveedor de la red de Alliance.

Si necesita ayuda para elegir un proveedor contratado para continuar con su atención o si tiene preguntas o problemas para obtener los servicios cubiertos de un proveedor que ya no forma parte de la red de Alliance, 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 al711).

Alliance no está obligada a proporcionar la continuidad de la atención de los servicios que Medi-Cal no cubre o que están cubiertos por un contrato de Medi-Cal con el DHCS. Para obtener más información sobre la continuidad de la atención, la elegibilidad y los servicios disponibles, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance.

Costos

Costos para miembros

Alliance brinda servicios a las personas que califiquen para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de Alliance no tienen que pagar servicios cubiertos, primas o deducibles.

Si es usted indígena estadounidense, no tiene que pagar cuotas de inscripción, primas, deducibles, copagos, costos compartidos ni otros cargos similares. Alliance no debe cobrar a ningún miembro indígena estadounidense que obtenga un artículo o un servicio directamente de un IHCP o a través de una remisión a un IHCP, ni reducir los pagos adeudados a un IHCP por el monto de ninguna cuota de inscripción, prima, deducible, copago, costo compartido o cargo similar.

Si está inscrito en el Programa de Seguro Médico para Niños de California (California Children’s Health Insurance Program, CCHIP) en los condados de Santa Clara, San Francisco o San Mateo, o está inscrito en Medi-Cal para Familias, es posible que tenga que pagar una prima mensual y copagos.

Excepto en el caso de la atención de emergencia, la atención de urgencia o la atención sensible, debe obtener la aprobación previa (autorización previa) de Alliance antes de consultar a un proveedor fuera de la red de Alliance. Si no obtiene la aprobación previa (autorización previa) y acude a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no sea de emergencia, de urgencia o sensible, es posible que tenga que pagar la atención que recibió de ese proveedor. Vea una lista de servicios cubiertos en el Capítulo 4, "Beneficios y servicios" de este manual. También puede encontrar el Directorio de proveedores en el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Para miembros con atención médica a largo plazo y un costo compartido

Es posible que tenga que pagar un costo compartido cada mes por sus servicios de atención médica a largo plazo. El monto de su costo compartido depende de sus ingresos y recursos. Cada mes pagará sus propias cuentas de atención médica, que incluyen, entre otras, las de Servicio de Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Support Service, LTSS), hasta que el monto que haya pagado sea igual a su costo compartido. Después de eso, Alliance cubrirá su atención médica a largo plazo durante ese mes. Alliance no lo cubrirá hasta que usted haya pagado el total de su costo compartido del mes de atención médica a largo plazo.

Cómo se le paga a un proveedor

Alliance paga a los proveedores de las siguientes maneras:

- Pagos por capitación
  - Alliance paga a algunos proveedores una cantidad de dinero fija cada mes por cada miembro de Alliance. A esto se le llama un pago por capitación. Alliance y los proveedores trabajan juntos para decidir la cantidad del pago.
- Pagos de FFS
  - Algunos proveedores brindan atención a los miembros de Alliance y envían a Alliance una cuenta por los servicios que prestaron. A esto se le llama un pago FFS. Alliance y los proveedores trabajan juntos para decidir cuánto cuesta cada servicio.

Para obtener más información sobre cómo Alliance paga a los proveedores, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Los proveedores también pueden cobrar a través de programas de incentivos ofrecidos por Alliance o el estado, como el programa Pago por Desempeño (Pay-for-Performance, P4P), el Programa de Pago de Incentivos contemplado en la iniciativa Avance e Innovación de Medi-Cal de California (California Advancing and Innovating Medi-Cal, CalAIM) o la Propuesta 56 (Prop 56). Se trata de pagos adicionales efectuados por la Alliance a los proveedores por cumplir indicadores o requisitos.

Si recibe una cuenta de un proveedor de atención médica

Los servicios cubiertos son los servicios de cuidado de la salud que Alliance debe pagar. Si usted recibe una cuenta por cargos de servicios de apoyo, copagos o cargos de registro por un servicio cubierto, no pague la cuenta. Llame de inmediato al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si recibe una cuenta de una farmacia por un medicamento recetado, suministros o suplementos, llame a Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para usuarios de TTY, presione 7 o llame al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Solicitud a Alliance para que le reembolse gastos

Si pagó servicios que ya recibió, podría calificar para recibir un reembolso (devolución de su dinero) si cumple **todas** estas condiciones:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que Alliance tiene la responsabilidad de pagar. Alliance no le reembolsará por un servicio que no cubra.
- Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Alliance.
- Solicita el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en la que recibió el servicio cubierto.
- Muestra una prueba de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal dentro de la red de Alliance. No es necesario que cumpla esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita realizar a proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa).
- Si el servicio cubierto requiere normalmente una preaprobación (autorización previa), deberá presentar una prueba del proveedor que muestre la necesidad médica del servicio cubierto.

Alliance le comunicará si le reembolsará en una carta llamada Aviso de acción (Notice of Action, NOA). Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal le debe devolver el monto íntegro que pagó. Si el proveedor se rehúsa a realizar el reembolso, Alliance le devolverá el monto íntegro que usted pagó. Tenemos que hacerle el reembolso en un plazo de 45 días hábiles a partir de la recepción del reclamo.

Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en la red de Alliance y se niega a hacer el reembolso, Alliance lo hará, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal de FFS. Alliance le reembolsará el monto total de su desembolso directo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita que sea proporcionado por proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa). Si no cumple con una de las condiciones anteriores, Alliance no le devolverá su dinero.

Alliance no le reembolsará si:

- Solicitó y recibió servicios que no cubre Medi-Cal, como servicios estéticos.
- El servicio no es un servicio cubierto por Alliance.
- Tiene un costo compartido no cubierto por Medi-Cal.
- Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que indica que quiere recibir la atención de todas maneras y que pagará usted mismo por ella.
- Tiene copagos de la Parte D de Medicare por recetas médicas cubiertas por su plan de la Parte D de Medicare.

Si paga un servicio que considera que Alliance debería cubrir, deberá llenar un Formulario de solicitud de reembolso del miembro e informar a Alliance por escrito el motivo por el cual tuvo que pagar. Junto con su solicitud, deberá incluir una copia de la cuenta detallada y un comprobante de pago (como los recibos). Alliance revisará su solicitud para ver si se le puede devolver su dinero.

Alliance aceptará y revisará las solicitudes de reembolso de un gasto médico que se reciban dentro de un año posterior a la fecha en que se pagó la cuenta. Alliance no puede aceptar cuentas recibidas más de un año después de la fecha en que se haya pagado la cuenta. Si el proveedor no tiene un contrato con Alliance, el reembolso se limitará a la tarifa de Medi-Cal para los servicios proporcionados. Esta tarifa puede ser menor que la cantidad que pagó o la cantidad que el proveedor facturó por el servicio.

Para solicitar un Formulario de reembolso, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede descargar e imprimir una copia del Formulario de solicitud de reembolso del miembro en el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929). Alliance está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la Línea de Transmisión de California al 711.
Visítenos en línea en **www.alamedaalliance.org**.

3. Cómo obtener atención

Cómo obtener servicios de cuidado de la salud

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Puede empezar a recibir servicios de cuidado de la salud desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción en Alliance. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación (ID) de miembro de Alliance, la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de seguro médico. Nunca deje que otra persona use su tarjeta de BIC o de ID de Alliance.

Los nuevos miembros que solo tengan cobertura de Medi-Cal deben elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de Alliance. Los nuevos miembros que tengan tanto Medi-Cal como otra cobertura de salud integral no tienen que elegir un PCP.

La red de Alliance es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con Alliance. Debe elegir un PCP en un plazo de 30 días a partir del momento en que se convierta en miembro de Alliance. Si no elige un PCP, Alliance elegirá uno por usted.

Puede elegir al mismo PCP o a distintos PCP para todos los miembros de su familia en Alliance, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que desea conservar o quiere encontrar un nuevo PCP, vea en el Directorio de proveedores una lista de todos los PCP y otros proveedores de la red de Alliance. El Directorio de proveedores tiene más información para ayudarle a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de proveedores, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede encontrar el Directorio de proveedores en el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Si no puede obtener la atención que necesita de un proveedor participante de la red de Alliance, su PCP o especialista de la red de Alliance debe solicitar a Alliance la aprobación para enviarlo a un proveedor fuera de la red. Esto se conoce como “remisión”. No necesita una remisión para acudir a un proveedor fuera de la red y obtener los servicios de atención sensible que se enumeran bajo el apartado "Atención sensible" más adelante en este capítulo.

Lea el resto de este capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de proveedores y la red de proveedores.

El programa Medi-Cal Rx administra la cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea "Otros programas y servicios de Medi-Cal" en el Capítulo 4.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria (PCP) es el proveedor autorizado al que usted acude para la mayor parte de su atención médica. Su PCP también le ayuda a obtener otros tipos de atención que necesite. Debe elegir un PCP dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en Alliance. Dependiendo de su edad y sexo, usted puede elegir un médico general, un ginecobstetra (Obstetrician-Gynecologist, OB/GYN), un médico familiar, un internista o un pediatra como su PCP.

Una enfermera profesional con práctica médica (Nurse Practitioner, NP), un asistente médico (Physician Assistant, PA) o una enfermera obstétrica certificada también pueden actuar como su PCP. Si elige una NP, un PA o una enfermera obstétrica certificada, es posible que se le asigne un médico para que supervise su atención. Si está tanto en Medicare como en Medi-Cal o si también tiene otro seguro de atención médica integral, no tiene que elegir ni ser asignado a un PCP de la red de Alliance.

Puede elegir como su PCP a un proveedor de atención médica para indígenas estadounidenses (IHCP), un centro de salud con certificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica de salud rural (Rural Health Clinic, RHC). Dependiendo del tipo de proveedor, es posible que pueda elegir un PCP para usted y los demás miembros de su familia que sean miembros de Alliance, siempre y cuando el PCP esté disponible.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no forma parte de la red de Alliance.

Si no elige un PCP en un plazo de 30 días después de la inscripción, Alliance le asignará uno. Si se le asigna un PCP y quiere cambiarlo, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). El cambio ocurrirá el primer día del siguiente mes.

Su PCP:

- Conocerá su historial médico y sus necesidades de salud.
- Llevará sus expedientes médicos.
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que necesite.
- Lo remitirá (enviará) a un especialista en caso de que necesite uno.
- Programará la atención hospitalaria en caso de que la necesite.

Puede consultar el Directorio de proveedores para encontrar un PCP dentro de la red de Alliance. El Directorio de proveedores incluye una lista de los IHCP, FQHC y RHC que trabajan con Alliance.

Podrá encontrar el Directorio de proveedores de Alliance en línea en www.alamedaalliance.org. O puede solicitar que le envíen un Directorio de proveedores llamando al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Además, puede llamar para averiguar si el PCP que desea está aceptando nuevos pacientes.

Elección de médicos y otros proveedores

Usted conoce mejor sus necesidades de atención médica, así que es mejor si usted elige a su PCP. Es mejor permanecer con un PCP para que pueda conocer sus necesidades de atención médica. Si desea cambiar a un nuevo PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté dentro de la red de proveedores de Alliance y que esté aceptando nuevos pacientes.

El médico que elija será su nuevo PCP el primer día del siguiente mes después de hacer el cambio.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede solicitar el cambio de su PCP en línea cuando ingrese a su cuenta en el Portal para miembros de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Alliance puede cambiarle de PCP si este no está aceptando nuevos pacientes, salió de la red de Alliance, no atiende a pacientes de su edad o si existen inquietudes sobre la calidad del PCP que no se han resuelto. Alliance o su PCP también podrían pedirle que cambie a un nuevo PCP si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si falta o llega tarde a las citas. Si Alliance necesita cambiar a su PCP, se lo indicará por escrito.

Si su PCP cambia, recibirá por correo una carta y una nueva tarjeta de ID de miembro de Alliance. Esta incluirá el nombre de su nuevo PCP. Si tiene preguntas sobre cómo obtener una nueva tarjeta de ID, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Aspectos a considerar al elegir un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica a la que me gusta acudir?
- ¿El PCP está aceptando nuevos pacientes?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi casa o trabajo, o de la escuela de mis hijos?
- ¿El consultorio del PCP está cerca de mi casa y es fácil llegar a él?
- ¿Los médicos y su personal hablan mi idioma?
- ¿El PCP trabaja con un hospital de mi agrado?
- ¿El PCP proporciona los servicios que necesito?
- ¿El horario de atención del consultorio del PCP se adapta a mi horario?
- ¿El PCP trabaja con los especialistas a los que acudo?

Cita de salud inicial (IHA)

Alliance recomienda que, como nuevo miembro, acuda a su nuevo PCP en un plazo de 120 días para una cita de salud inicial (Initial Health Appointment, IHA). El objetivo de la IHA es ayudar a su PCP a conocer su historial y sus necesidades de atención médica. Es posible que su PCP le haga preguntas sobre su historial médico o que le pida contestar un cuestionario. Su PCP también le informará sobre la asesoría de educación de la salud y las clases que pueden ayudarle.

Cuando llame para programar su cita de IHA, dígale a la persona que conteste la llamada que usted es miembro de Alliance. Proporcione su número de ID de Alliance.

Lleve su tarjeta de BIC y de ID de Alliance a su cita. Se le recomienda que lleve a su consulta una lista de sus medicamentos y de las preguntas que tenga. Prepárese para hablar con su PCP sobre sus necesidades e inquietudes de atención médica.

Asegúrese de llamar al consultorio de su PCP si llegará tarde o si no puede asistir a su cita.

Si tiene preguntas sobre la IHA, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Atención de rutina

La atención de rutina es atención médica regular. Esta incluye atención médica preventiva, también llamada atención de bienestar. Le ayuda a mantenerse saludable y previene enfermedades. La atención preventiva incluye revisiones periódicas, educación sobre la salud y asesoría.

Alliance recomienda que los niños, sobre todo, reciban regularmente atención de rutina y preventiva. Los miembros de Alliance pueden recibir todos los servicios preventivos tempranos recomendados por la American Academy of Pediatrics y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Estas pruebas de detección incluyen pruebas de audición y de la vista, que pueden ayudar a garantizar un desarrollo y un aprendizaje sanos. Para obtener una lista de los servicios recomendados por los pediatras, lea las pautas "Bright Futures" de la American Academy of Pediatrics en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

La atención de rutina también incluye la atención cuando está enfermo. Alliance cubre la atención de rutina que le proporciona su PCP.

Su PCP:

- Le proporcionará la mayoría de la atención de rutina, que incluye revisiones regulares, vacunas, tratamientos, recetas médicas y consejos médicos.
- Llevará sus expedientes médicos.
- Lo remitirá (enviará) a especialistas en caso de ser necesario.
- Ordenará rayos X, mamografías o pruebas de laboratorio si los necesita.

Cuando necesite atención de rutina, deberá llamar a su médico para programar una cita. Asegúrese de llamar a su PCP antes de obtener atención médica, a menos que sea una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencia más cercana.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubre su plan y los que no cubre, lea el Capítulo 4 “Beneficios y servicios” y el Capítulo 5, “Atención para el bienestar de niños y jóvenes”, de este manual.

Todos los proveedores de Alliance pueden usar herramientas auxiliares y servicios para comunicarse con personas que tengan discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Hable con su proveedor o con Alliance sobre lo que necesita.

Red de proveedores

La red de proveedores de Medi-Cal es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con Alliance para proporcionar los servicios cubiertos por Medi-Cal a los miembros de Medi-Cal.

Dependiendo del PCP que elija, es posible que se le asigne a un grupo médico. Esto significa que en la mayoría de los casos tendrá que consultar a médicos de la red del grupo médico.

Alliance cuenta con tres (3) principales grupos médicos:

- Alameda Alliance for Health (Alliance) - red directa
- Community Health Center Network (CHCN) - grupo médico
- Children's First Medical Group (CFMG) - grupo médico

Alliance es un plan de salud de atención médica administrada. Usted tiene que recibir la mayor parte de los servicios cubiertos por Alliance de nuestros proveedores de la red. Puede acudir a un proveedor fuera de la red sin necesidad de una remisión o una aprobación previa para recibir servicios de atención de emergencia o de planificación familiar. También puede acudir a un proveedor fuera de la red para recibir atención de urgencia fuera del área de servicio cuando se encuentre en un área en la que no prestemos servicio. Debe tener una remisión o una aprobación previa para todos los demás servicios fuera de la red o no estarán cubiertos.

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no forma parte de la red de Alliance.

Si su PCP, hospital u otro proveedor tiene una objeción moral a brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738

(TTY 1-800-735-2929 o al 711). Para obtener más información sobre las objeciones morales, lea “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral a prestarle servicios de cuidado de la salud cubiertos, este puede ayudarle a encontrar otro proveedor que le proporcione los servicios que necesita. Alliance también puede ayudarle a encontrar un proveedor que preste el servicio.

Proveedores de servicios adicionales

Alliance contrata a otros grupos de proveedores para prestar ciertos servicios.

A continuación, se encuentran los proveedores con los que Alliance tiene contratos para los servicios enumerados:

- El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y los suministros médicos se proporcionan por medio del contratista de Alliance, California Home Medical Equipment (CHME).
- Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios son servicios cubiertos y proporcionados por Alliance.
- Los servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) se obtienen por medio del Plan de Salud del Comportamiento del Condado de Alameda (Programa ACCESS).
- Los servicios de transporte se ofrecen por medio del proveedor de transporte de Alliance, ModivCare.
- Los beneficios de la vista se ofrecen por medio del proveedor de la red para servicios de la vista de Alliance, MARCH Vision.

Si necesita servicios de cualquiera de estas redes de proveedores, llame al proveedory notifique que usted es miembro de Alliance Medi-Cal y que llama para programar un examen o una cita. El proveedor necesita confirmar que usted es elegible y obtendrá la aprobación para proporcionarle los servicios. Si acude a un proveedor fuera de la red o recibe servicios sin aprobación, es posible que tenga que pagar la totalidad de esos servicios. Si tiene preguntas sobre estos servicios, 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).

Proveedores de la red

Usted usará proveedores dentro de la red de Alliance para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Recibirá atención médica preventiva y de rutina por

parte de proveedores dentro de la red. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores dentro de la red de Alliance.

Si necesita un Directorio de proveedores dentro la red de proveedores, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

También puede encontrar el Directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org. Para obtener una copia de la Lista de medicamentos bajo contrato, llame a Medi-Cal RX al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) de Alliance antes de acudir a un proveedor fuera de la red de Alliance, incluso dentro del área de servicio de Alliance, excepto en estos casos:

- Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de Alliance y necesita atención de urgencia, acuda a cualquier centro de atención de urgencia.
- Si necesita servicios de planificación familiar, acuda a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa).
- Si necesita servicios de salud mental, acuda a un proveedor de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado, sin aprobación previa (autorización previa).

Si no se encuentra en uno de los casos antes enumerados y no obtiene la aprobación previa (autorización previa) antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, podría ser responsable de pagar cualquier atención que haya recibido de proveedores fuera de la red.

Proveedores fuera de la red que se encuentran dentro del área de servicio

Los proveedores fuera de la red son proveedores de atención médica que no tienen un acuerdo para trabajar con Alliance. Excepto en el caso de la atención de emergencia, es posible que tenga que pagar cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red si no obtiene la aprobación previa de Alliance. Si necesita servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios que no están disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos gratuitamente de un proveedor fuera de la red.

Alliance puede aprobar una remisión a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su hogar. Si le damos una remisión a un proveedor fuera de la red, pagaremos su atención.

Para recibir atención de urgencia dentro del área de servicio de Alliance, tiene que acudir a un proveedor de atención de urgencia de la red de Alliance. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor de la red. Necesita obtener una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Alliance.

Si recibe atención de urgencia de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Alliance, es posible que tenga que pagar dicha atención. Puede obtener más información sobre los servicios de atención de emergencia, de urgencia y sensible en este capítulo.

Nota: Si usted es indígena estadounidense, puede recibir atención con un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin necesidad de una remisión. Un IHCP fuera de la red también puede hacer una remisión de los miembros indígenas estadounidenses a un proveedor dentro de la red sin necesidad de que le haga una remisión primero un PCP dentro de la red.

Si necesita ayuda con los servicios fuera de red, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera del área de servicio de Alliance y necesita atención que no sea de emergencia o urgencia, llame a su PCP de inmediato. O llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Es posible que se requiera aprobación previa.

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana. Alliance cubre la atención de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o México, y necesita atención de emergencia que requiera hospitalización, Alliance cubrirá su atención. Si viaja al extranjero, fuera de Canadá o México, y necesita atención de emergencia, de urgencia o algún servicio de cuidado de la salud, Alliance **no** cubrirá su atención.

Si pagó una atención de emergencia que requirió hospitalización en Canadá o México, puede pedir a Alliance que le devuelva el dinero. Le pediremos que nos envíe información, como el comprobante de pago, y Alliance revisará su solicitud.

Si se encuentra en otro estado o en un territorio de Estados Unidos como la Samoa Estadounidense, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico o las Islas Vírgenes Estadounidenses, está cubierto para la atención de emergencia. No todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid. (Medi-Cal es como se llama Medicaid solo en California). Si necesita atención de emergencia fuera de California, comunique al hospital o al médico de la sala de emergencias lo antes posible que tiene Medi-Cal y que es miembro de Alliance.

Solicite al hospital que saque copias de su tarjeta de ID de Alliance. Dígale al hospital y a los médicos que envíen la cuenta a Alliance. Si recibe una cuenta por unos servicios que recibió en otro estado, llame inmediatamente a Alliance. Trabajaremos con el hospital o médico para programar que Alliance pague por su atención.

Si se encuentra fuera de California y tiene una necesidad de emergencia de surtir medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, pida a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711).

Nota: Los indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de un IHCP fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre la atención fuera de la red o la atención fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Si la oficina está cerrada y desea obtener ayuda de un representante, llame a la línea gratuita de asistencia de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-433-1876.

Si necesita atención de urgencia fuera del área de Alliance, vaya al centro de atención de urgencia más cercano. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos y necesita atención de urgencia, Alliance no cubrirá su atención. Para obtener más información sobre la atención de urgencia, lea "Atención de urgencia" más adelante en este capítulo.

Modelo delegado

Dependiendo del PCP que elija, es posible que se le asigne a un grupo médico. Esto significa que en la mayoría de los casos tendrá que consultar a médicos de la red del grupo médico.

Alliance cuenta con tres (3) principales grupos médicos:

- Alameda Alliance for Health (Alliance) - red directa
- Community Health Center Network (CHCN) - grupo médico
- Children's First Medical Group (CFMG) - grupo médico

Alliance puede ayudarle a encontrar un médico en la red de su grupo médico.

Laboratorio/patología

A excepción de los servicios de atención de emergencia y de urgencia, los miembros de Alliance usan Quest Diagnostics en la mayoría de los casos para servicios de laboratorio y patología en consultorio o para pacientes ambulatorios.

Alameda Health System (AHS)

Los miembros asignados a Alameda Health System (AHS) pueden recibir servicios de laboratorio a través de las siguientes clínicas de AHS:

Eastmont Wellness
6955 Foothill Blvd.
Oakland, CA 94605
Número de teléfono: 1-510-567-5700

Hayward Wellness
664 Southland Mall Dr.
Hayward, CA 94545
Número de teléfono: 1-510-266-1700

Highland Wellness
1411 East 31st St.
Oakland, CA 94602
Número de teléfono: 1-510-437-5039

Newark Wellness
6066 Civic Terrace Ave.
Newark, CA 94560
Número de teléfono: 1-510-505-1600

Cómo funciona la atención médica administrada

Alliance es un plan de atención médica administrada. Alliance proporciona atención a los miembros que viven o trabajan en el Condado de Alameda. En la atención médica administrada, su PCP, especialistas, clínica, hospital y otros proveedores trabajan juntos para atenderlo.

Alliance contrata a grupos médicos para que proporcionen atención a los miembros de Alliance. Un grupo médico es determinado por quien elija como PCP y está formado por médicos que son PCP y especialistas. El grupo médico trabaja con otros

proveedores como laboratorios y proveedores de equipo médico duradero. El grupo médico también está conectado con un hospital. En su tarjeta de ID de Alliance encontrará los nombres de su PCP, grupo médico y hospital.

Cuando se une a Alliance, elige o se le asigna un PCP. Su PCP forma parte de un grupo médico. Su PCP y grupo médico están a cargo de la atención de todas sus necesidades médicas. Su PCP puede remitirlo a especialistas u ordenar pruebas de laboratorio y radiografías. Si necesita servicios que requieren aprobación previa (autorización previa), Alliance o su grupo médico revisarán la aprobación previa (autorización previa) y decidirán si aprueban el servicio.

En la mayoría de los casos, usted tiene que acudir a especialistas y otros profesionales de la salud que trabajen con el mismo grupo médico que su PCP. Salvo en caso de emergencia, usted también tiene que recibir los cuidados hospitalarios en el hospital vinculado a su grupo médico.

A veces, podría necesitar un servicio que no esté disponible con un proveedor del grupo médico. En ese caso, su PCP lo remitirá a un proveedor que pertenezca a otro grupo médico o que esté fuera de la red. Su PCP le pedirá una aprobación previa (autorización previa) para que pueda acudir a este proveedor.

En la mayoría de los casos, usted tiene que contar con la autorización previa de su PCP o grupo médico, o de Alliance antes de poder acudir a un proveedor fuera de la red o a un proveedor que no forme parte de su grupo médico. No necesita aprobación previa (autorización previa) para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar o servicios de salud mental dentro de la red.

Miembros que tienen tanto Medicare como Medi-Cal

Los miembros con otra cobertura primaria, como Medicare, no necesitan que se les asigne un PCP a través de Alliance y pueden seguir acudiendo a los médicos de la red de Alliance. Para obtener más información sobre su cobertura de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). En la mayoría de los casos, Medicare cubrirá primero su atención y Alliance puede cubrir una parte. Alliance también puede cubrir los servicios que cubre Medi-Cal y que no cubre Medicare.

Médicos

Elegirá un médico del Directorio de proveedores de Alliance como su PCP. El médico que elija deberá ser un proveedor dentro de la red. Para obtener una copia del Directorio de

proveedores de Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). O encuéntrelo en línea en www.alamedaalliance.org.

Si va a elegir un nuevo PCP, también debe llamar al PCP que desea para asegurarse de que acepta nuevos pacientes.

Si tenía un médico antes de ser miembro de Alliance, y ese médico no forma parte de la red de Alliance, es posible que pueda conservar ese médico por un tiempo limitado. Esto se conoce como continuidad de la atención. Puede leer más sobre la continuidad de la atención en este manual. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si necesita un especialista, su PCP le proporcionará una remisión a un especialista dentro de la red de Alliance. Para algunos especialistas no es necesaria una remisión. Para obtener más información sobre las remisiones, lea "Remisiones" más adelante en este capítulo.

Recuerde, si no elige un PCP, Alliance elegirá uno por usted, salvo que cuente con otra cobertura de salud integral además de Medi-Cal. Usted conoce mejor sus necesidades de atención médica, así que es mejor que usted elija. Si está tanto en Medicare como en Medi-Cal, o si tiene otro seguro de atención médica, no tiene que elegir un PCP de Alliance.

Si desea cambiar su PCP, debe elegir uno del Directorio de proveedores de Alliance. Asegúrese de que el PCP esté aceptando nuevos pacientes. Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede solicitar el cambio de su PCP en línea cuando ingrese a su cuenta en el Portal para miembros de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Hospitales

En una emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

Si no se trata de una emergencia y necesita cuidado hospitalario, su PCP decidirá a qué hospital deberá ir. Tendrá que ir a un hospital que su PCP use y se encuentre dentro de la red de proveedores de Alliance. En el Directorio de proveedores se indican los hospitales de la red de Alliance.

Especialistas en salud de la mujer

Puede acudir a un especialista en salud de la mujer de la red de Alliance para recibir la atención cubierta necesaria para proporcionar servicios de atención de rutina de la mujer. No necesita una remisión o autorización de su PCP para recibir estos servicios. Para obtener ayuda para encontrar un especialista en salud de la mujer, puede usar el Directorio de proveedores de Alliance o llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). También puede llamar a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Directorio de proveedores

En el Directorio de proveedores de Alliance se indican los proveedores de la red de Alliance o del grupo médico de CHCN y de CFMG. La red es el grupo de proveedores que trabajan con Alliance o su grupo médico.

El Directorio de proveedores de Alliance incluye hospitales, PCP, especialistas, enfermeras profesionales con práctica médica, enfermeras obstétricas, asistentes médicos, proveedores de planificación familiar, FQHC, proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios y apoyos administrados a largo plazo (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS), centros de parto independientes (Freestanding Birth Centers, FBC), IHCP y RHC.

El Directorio de proveedores contiene los nombres, las especialidades, los domicilios, los números telefónicos, los horarios de atención y los idiomas hablados de los proveedores dentro de la red de Alliance. Le indica si el proveedor está aceptando nuevos pacientes. También le informa sobre la accesibilidad física del edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con barandal y baños con puertas anchas y barras de apoyo. Para obtener más información sobre la educación, capacitación y certificación de la junta de un médico, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Podrá encontrar el Directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org. Si necesita un Directorio de proveedores impreso, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/. También puede buscar una farmacia cercana llamando a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711).

Acceso oportuno a la atención

Su proveedor de la red debe proporcionarle un acceso oportuno a la atención basado en sus necesidades de atención médica. Como mínimo, debe ofrecerle una cita en los plazos indicados en la siguiente tabla.

Tipo de cita	Debería poder obtener una cita en un plazo de:
Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de atención de urgencia que sí requieren aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención primaria no urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención con un especialista no urgentes (de rutina)	15 días hábiles
Citas de atención con un proveedor de salud mental (no médico) no urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención de seguimiento con un proveedor de salud mental (no médico) no urgentes	10 días hábiles
Citas no urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) para diagnosticar o tratar una lesión, una enfermedad u otra afección	15 días hábiles

Otros estándares de tiempos de espera	Usted debería poder comunicarse dentro de:
Tiempos de espera en el teléfono de Servicios al Miembro durante el horario normal de atención	10 minutos
Tiempos de espera en el teléfono para la línea de asistencia de enfermería	30 minutos (comunicación con una enfermera)

En ocasiones no es un problema esperar más tiempo para una cita. Si no es perjudicial para su salud, su proveedor podría darle un tiempo de espera más prolongado. Debe indicarse en su expediente que un tiempo de espera más prolongado no será perjudicial para su salud. Además, si prefiere esperar una cita posterior que se ajuste mejor a su horario o acudir a otro proveedor de su elección, su proveedor o Alliance respetarán su deseo.

Su médico puede recomendarle un programa específico de servicios preventivos, atención de seguimiento para afecciones en curso o remisiones permanentes a especialistas en función de sus necesidades.

Díganos si necesita servicios de intérprete cuando llame a Alliance o cuando reciba los servicios cubiertos. Los servicios de intérprete, incluido el lenguaje de señas, están disponibles de forma gratuita para usted. Desaconsejamos encarecidamente el uso de menores o familiares como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de intérprete que ofrecemos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si necesita servicios de intérprete, incluido el lenguaje de señas, en una farmacia de Medi-Cal Rx, llame a Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para usuarios de TTY, presione 7 o llame al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Tiempo de viaje o distancia para la atención

Alliance debe seguir los estándares de tiempo o distancia de viaje para su atención. Estos estándares ayudan a garantizar que pueda recibir atención sin tener que viajar demasiado lejos de donde vive. Los estándares de tiempo o distancia de viaje dependen del condado donde viva.

Si Alliance no puede proporcionarle atención dentro de estos estándares de tiempo o distancia de viaje, el DHCS puede permitir un estándar diferente, llamado estándar de acceso alternativo. Para conocer los estándares de tiempo o distancia de viaje de Alliance para el lugar en el que vive, visite www.alamedaalliance.org. O llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si necesita atención de un proveedor ubicado lejos de donde vive, llame a Servicios al Miembro del Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Ahí pueden ayudarle a encontrar atención con un proveedor ubicado más cerca de usted. Si Alliance no puede encontrarle un proveedor más cercano, puede pedir a Alliance que programe el transporte para que usted acuda a su proveedor, aunque este se ubique lejos de donde usted vive.

Si necesita ayuda con los proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711).

Se considera que está lejos si no puede acudir a ese proveedor dentro de los estándares de tiempo o distancia de viaje de Alliance para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que Alliance pueda usar para su código postal.

Citas

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su PCP.
- Tenga su número de identificación de Alliance a la mano al hacer la llamada.
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si el consultorio está cerrado.
- Lleve su tarjeta de BIC y de ID de Alliance a su cita.
- Pida transporte para llegar a su cita, si es necesario.
- Pida asistencia de idioma o servicios de intérprete antes de su cita para contar con los servicios en el momento de su consulta.
- Sea puntual para su cita, llegue unos minutos antes para registrarse, llenar formularios y responder cualquier pregunta que su PCP pueda tener.
- Llame de inmediato si no puede acudir a su cita o si llegará tarde.
- Tenga a la mano sus preguntas y la información sobre sus medicamentos.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si necesita ayuda para decidir con qué urgencia necesita atención médica y su PCP no está disponible para hablar con usted, llame a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cómo llegar a su cita

Si no tiene cómo ir y volver de sus citas para recibir servicios cubiertos, Alliance puede ayudarle a programarle un transporte. Dependiendo de su situación, puede calificar para transporte médico o para transporte no médico. Estos servicios de transporte no son para emergencias y pueden estar disponibles de forma gratuita para usted.

Si tiene una emergencia, llame al **911**. El transporte está disponible para servicios y citas no relacionados con la atención de emergencia. Pueden estar disponibles de forma gratuita para usted.

Para obtener más información, lea "Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias" más adelante.

Cómo cancelar y reprogramar

Si no puede acudir a su cita, llame inmediatamente al consultorio de su proveedor. La mayoría de los médicos requieren que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita si tiene que cancelarla. Si falta repetidamente a las citas, su médico podría dejar de proporcionarle atención y usted tendrá que buscar un nuevo médico.

Pagos

No tiene que pagar los servicios cubiertos a menos que le corresponda una parte del costo de la atención médica a largo plazo. Para obtener más información, lea "Para los miembros con atención médica a largo plazo y un costo compartido" en el Capítulo 2. En la mayoría de los casos, no recibirá una cuenta de un proveedor. Debe mostrar su tarjeta de ID de Alliance y su BIC de Medi-Cal al recibir servicios de cuidado de la salud o recetas médicas para que su proveedor sepa a nombre de quién debe hacer la cuenta. Puede obtener una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o una factura de un proveedor. Las EOB y las facturas no son cuentas.

Si recibe una cuenta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Si recibe una cuenta por las recetas médicas, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Indíquele a Alliance cuál es el monto que le están cargando, la fecha del servicio y el motivo de la cuenta. No tiene que pagar a los proveedores ningún monto adeudado por Alliance por ningún servicio cubierto.

Tiene que obtener la aprobación previa (autorización previa) de Alliance antes de visitar a un proveedor fuera de la red, excepto si:

- Necesita servicios de emergencia, en cuyo caso debe llamar al **911** o acudir al hospital más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de Alliance y necesita atención de urgencia, acuda a cualquier centro de atención de urgencia.
- Necesita servicios de planificación familiar o servicios relacionados con pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual u otros servicios sensibles en cuyo caso puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin una aprobación previa (autorización previa).

Necesita servicios de salud mental, en cuyo caso puede acudir a un proveedor de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin una aprobación previa (autorización previa). Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y no obtuvo la aprobación previa (autorización previa) de Alliance, es posible que tenga que pagar la atención recibida. Si necesita recibir atención médicamente necesaria de un proveedor fuera de la red porque no está disponible en la red de Alliance, no tendrá que pagar siempre y cuando la atención sea un servicio cubierto por Medi-Cal y haya obtenido la aprobación previa (autorización previa) de Alliance para ello. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios sensibles, consulte dichos encabezados en este capítulo.

Si recibe una cuenta o le piden que pague un copago que cree que no tiene que pagar, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Si usted paga la cuenta, puede presentar un formulario de reclamo ante Alliance. Deberá informar a Alliance por escrito por qué tuvo que pagar el artículo o servicio. Alliance leerá su solicitud de reembolso y decidirá si se le puede devolver su dinero.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Para solicitar un reembolso, llene el Formulario de solicitud de reembolso del miembro. Para acceder al formulario, inicie sesión en su cuenta del Portal para miembros de Alliance. Para acceder al Portal para miembros de Alliance, visite el sitio web

www.alamedaalliance.org y haga clic en "Member Portal" (Portal para miembros) en la esquina superior derecha. También puede buscar "formularios para miembros" en el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.Si recibe servicios en el sistema de Asuntos de Veteranos o recibe servicios no cubiertos o no autorizados fuera de California, podría ser responsable del pago de estos.

Alliance no le reembolsará si:

- Los servicios no están cubiertos por Medi-Cal, como los servicios estéticos.
- Tiene un costo compartido no cubierto por Medi-Cal.
- Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que indica que quiere recibir la atención de todas maneras y que pagará usted mismo por ella.
- Solicitó el reembolso de los copagos por las recetas médicas cubiertas por su plan de la Parte D de Medicare.

Remisiones

Si necesita la atención de un especialista, su PCP u otro especialista lo remitirá a uno. Un especialista es un proveedor que se centra en un tipo de servicio de cuidado de la salud. El médico que lo refiere trabajará con usted para elegir un especialista. Para asegurarse de que puede acudir a un especialista en el tiempo oportuno, el DHCS establece plazos para que los miembros obtengan citas. Estos plazos figuran en el apartado "Acceso oportuno a la atención" de este manual. El consultorio de su PCP puede ayudarle a concertar una cita con un especialista.

Otros servicios que pueden necesitar una remisión incluyen procedimientos en el consultorio, radiografías, y muestras de laboratorio.

Su PCP puede proporcionarle un formulario para que lo lleve al especialista.
El especialista llenará el formulario y lo devolverá a su PCP. El especialista lo atenderá el tiempo que considere que necesita tratamiento.

Si tiene un problema de salud que necesita una atención médica especial durante mucho tiempo, es posible que necesite una remisión permanente. Esto significa que puede consultar al mismo especialista más de una vez sin obtener una remisión para cada consulta.

Si tiene problemas para obtener una remisión permanente o si desea recibir una copia de la política de remisiones de Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738
(TTY 1-800-735-2929 o al 711).

No es necesario obtener una remisión para:

- consultas con el PCP
- consultas de ginecología y obstetricia (OB/GYN)
- consultas de urgencia o de emergencia
- servicios sensibles para adultos, como atención por abuso sexual
- servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la oficina del Servicio de Información y Remisiones para Planificación Familiar al 1-800-942-1054)
- pruebas de VIH y asesoría (12 años de edad o más)
- servicios por infecciones de transmisión sexual (12 años de edad o más)
- servicios quiroprácticos (es posible que se requiera una remisión cuando los brinde un FQHC, un RHC o un IHCP fuera de la red)
- evaluación inicial de salud mental

Los menores de edad también pueden recibir ciertos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios sensibles y servicios para trastornos por abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres. Para obtener más información, lea "Servicios sin consentimiento para menores" en este capítulo y "Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias" en el Capítulo 4 de este manual.

Remisiones de la Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California

El tratamiento eficaz de los cánceres complejos depende de muchos factores. Entre ellas se incluyen obtener el diagnóstico correcto y recibir el tratamiento oportuno de los expertos en cáncer. Si le diagnostican un tipo de cáncer complejo, la nueva Ley de Equidad en la Atención del Cáncer de California le permite solicitar una remisión de su médico para obtener tratamiento contra el cáncer en un centro oncológico designado por el Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI) dentro de la red, un sitio afiliado al Programa Comunitario de Investigación Oncológica del NCI (NCI Community Oncology Research Program, NCORP) o un centro académico oncológico que cumpla con los requisitos.

Si Alliance no tiene un centro oncológico designado por el NCI dentro de la red, Alliance le permitirá que solicite una remisión para recibir tratamiento contra el cáncer de uno de estos centros fuera de la red en California, si uno de los centros fuera de la

red y Alliance llegan a un acuerdo sobre el pago, a menos que usted elija a un proveedor de tratamiento contra el cáncer diferente.

Si le diagnosticaron cáncer, comuníquese con Alliance para averiguar si cumple con los requisitos para recibir los servicios de uno de estos centros oncológicos.

¿Listo para dejar de fumar? Para obtener información sobre los servicios en Inglés, llame al 1-800-300-8086. Para español, llame al 1-800-600-8191.

Para obtener más información, visite www.kickitca.org.

Aprobación previa (autorización previa)

Para algunos tipos de atención, su PCP o especialista deberá solicitar el permiso de Alliance antes de que usted reciba la atención. A esto se le llama solicitar una preaprobación o autorización previa. Significa que Alliance tiene que asegurarse de que la atención sea médicamente necesaria (requerida).

Los servicios son médicamente necesarios si son razonables y necesarios para proteger su vida, evitan que se enferme gravemente o que quede discapacitado, o reducen el dolor intenso a causa de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental.

Los siguientes servicios siempre necesitan aprobación previa (autorización previa), aunque los reciba de un proveedor de la red de Alliance:

- hospitalización (si no es una emergencia)
- servicios fuera del área de servicio de Alliance (si no se trata de atención de emergencia o urgencia)
- cirugía ambulatoria
- atención a largo plazo o servicios de enfermería especializada en un centro de enfermería
- tratamientos, imágenes, pruebas y procedimientos especializados
- servicios de transporte médico cuando no es una emergencia

Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren aprobación previa (autorización previa).

Conforme a la sección 1367.01(h)(1) del Código de Salud y Seguridad, Alliance dispone de 5 días hábiles a partir del momento en el que Alliance recibe la información razonablemente necesaria para decidir (aprobar o denegar) las solicitudes de aprobación previa (autorización previa). En el caso de solicitudes realizadas por un proveedor o cuando Alliance considere que seguir el plazo estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, Alliance tomará una decisión de aprobación previa (autorización previa) expedita (rápida).

Alliance le notificará tan pronto como su afección lo requiera y a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de los servicios.

El personal clínico o médico, como médicos, enfermeras y farmacéuticos, revisan las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

Alliance no influye en modo alguno en la decisión de los revisores de denegar o aprobar la cobertura o los servicios. Si Alliance no aprueba la solicitud, Alliance le enviará una carta de Aviso de acción (NOA). El NOA le dirá cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

Alliance se comunicará con usted si necesitamos más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Usted nunca necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de emergencia, aunque se encuentre fuera de la red o fuera de su área de servicio. Esto incluye el trabajo de parto y el parto si está embarazada. No necesita aprobación previa (autorización previa) para ciertos servicios de atención sensible. Para obtener más información sobre los servicios de atención sensible, lea "Atención sensible" más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre la aprobación previa (autorización previa), llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Segundas opiniones

Es posible que desee una segunda opinión sobre la atención que su proveedor dice que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, puede que desee una segunda opinión si quiere asegurarse de que su diagnóstico es correcto, si no está seguro de necesitar un tratamiento o cirugía prescritos, o si ha intentado seguir un plan de tratamiento y no ha funcionado.

Si desea obtener una segunda opinión, lo remitiremos a un proveedor calificado de la red que le pueda dar una segunda opinión. Para obtener ayuda para elegir un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Alliance pagará por una segunda opinión si usted o su proveedor de la red lo solicitan y la segunda opinión proviene de un proveedor de la red. No necesita la aprobación previa (autorización previa) de Alliance para obtener una segunda opinión de un proveedor de la red. Su proveedor de la red puede ayudarle a obtener una remisión para una segunda opinión si la necesita.

Si no hay un proveedor dentro de la red de Alliance que pueda proporcionarle una segunda opinión, Alliance pagará por la segunda opinión de un proveedor fuera de la red. Alliance le informará en un plazo de 5 días hábiles si se aprobó al proveedor que eligió para la segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica, severa o grave, o si tiene una amenaza directa y grave a su salud, incluidas, entre otras cosas, perder la vida, una extremidad o una parte o función corporal principal, Alliance le informará por escrito dentro de las siguientes 72 horas.

Si Alliance deniega su solicitud de una segunda opinión, usted puede presentar un reclamo. Para obtener más información sobre los reclamos, lea "Quejas" en el Capítulo 6 de este manual.

Atención sensible

Servicios sin consentimiento para menores

Si es menor de 18 años, puede recibir algunos servicios sin el permiso de un padre o tutor. Estos servicios reciben el nombre de servicios sin consentimiento para menores.

Puede obtener estos servicios sin el permiso de sus padres o tutores:

- servicios por ataque sexual, incluido el cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios
- embarazo
- planificación familiar y anticoncepción
- servicios de aborto

Si tiene 12 años o más, también puede obtener los siguientes servicios sin el permiso de sus padres o tutores:

- cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios para:
  - ataque sexual
  - incesto
  - ataque físico
  - abuso infantil
  - cuando tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros
- prevención, pruebas y tratamiento del VIH/SIDA
- prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- tratamiento para trastornos por abuso de sustancias
  - Para obtener más información, lea "Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias" en el Capítulo 4 de este manual.

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, servicios de anticoncepción o servicios para infecciones de transmisión sexual, el médico o la clínica no tiene que estar en la red de Alliance. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a él para estos servicios sin una remisión o aprobación previa (autorización previa).

Para obtener servicios sin consentimiento para menores que no sean servicios de especialidad de salud mental, puede acudir a un proveedor dentro de la red sin una remisión y sin aprobación previa (autorización previa). No necesita una remisión de su PCP y no necesita obtener una aprobación previa (autorización previa) de Alliance para obtener los servicios sin consentimiento para menores cubiertos.

Los servicios sin consentimiento para menores que son servicios de especialidad de salud mental no están cubiertos. Los servicios de especialidad de salud mental están cubiertos en el plan de salud mental del condado donde usted vive.

Los menores de edad pueden hablar con un representante en privado sobre sus inquietudes de salud llamando a la línea gratuita de asistencia de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-888-433-1876.

Alliance no enviará información sobre haber recibido servicios sensibles a los padres o tutores. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles, lea el "Aviso sobre prácticas de privacidad" en el Capítulo 7 de este manual.

Servicios de atención sensible para adultos

Como adulto de 18 años o mayor, es posible que no quiera acudir a su PCP para cierta atención sensible o privada. Puede elegir cualquier médico o clínica para estos tipos de atención:

- planificación familiar y anticoncepción, incluida la esterilización para adultos de 21 años de edad y mayores
- pruebas de embarazo y asesoría
- prevención y pruebas de VIH/SIDA
- prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- atención en caso de un ataque sexual
- servicios de aborto para pacientes ambulatorios

Para la atención sensible, no es necesario que el médico o la clínica pertenezcan a la red de Alliance. Puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal para recibir estos servicios sin necesidad de que Alliance le haga una remisión o le dé una aprobación previa (autorización previa). Si recibió atención no incluida aquí como atención sensible de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagarla.

Si necesita ayuda para buscar un médico o una clínica para estos servicios, o ayuda para llegar a estos servicios (incluido el transporte), llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). O llame a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Alliance no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito de usted, el miembro que recibe la atención. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles, lea el "Aviso sobre prácticas de privacidad" en el Capítulo 7.

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral a algunos servicios cubiertos. Tienen el derecho de **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están moralmente de acuerdo con los servicios. Si su proveedor tiene alguna objeción moral, le ayudará a buscar otro proveedor para los servicios que necesita. Alliance también puede ayudarle a buscar un proveedor.

Algunos hospitales y proveedores no proporcionan uno o varios de estos servicios aunque estén cubiertos por Medi-Cal:

- planificación familiar
- servicios de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia
- esterilización, incluida la ligadura de trompas durante el trabajo de parto y el parto
- tratamientos para la infertilidad
- aborto

Para asegurarse de elegir un proveedor que pueda proporcionarle la atención que usted y su familia necesitan, llame al médico, el grupo médico, la asociación de consultorios independientes o la clínica que desee. O llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Pregunte si el proveedor puede y quiere proporcionarle los servicios que necesita.

Estos servicios están a su disposición. Alliance se asegurará de que usted y sus familiares puedan acudir a proveedores (médicos, hospitales, clínicas) que le proporcionen la atención que necesita. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** es para una emergencia o una afección que pone en riesgo la vida. Es para los servicios que necesita con el fin de evitar daños graves a su salud por una enfermedad repentina, lesión o complicación de una afección que ya tiene. La mayoría de las citas de atención de urgencia no necesitan aprobación previa (autorización previa). Si solicita una cita de atención de urgencia, obtendrá una cita en un plazo de 48 horas. Si los servicios de atención de urgencia que necesita requieren una aprobación previa (autorización previa), obtendrá una cita en las 96 horas siguientes a su solicitud.

Para obtener atención de urgencia, llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). O puede llamar a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conocer el nivel de atención que es mejor para usted.

Si usted necesita atención de urgencia fuera del área, vaya al centro de atención de urgencia más cercano.

Las necesidades de atención de urgencia pueden ser:

- resfriado
- dolor de garganta
- fiebre
- dolor de oído
- músculo con esguince
- servicios de maternidad

Usted debe obtener servicios de atención de urgencia de un proveedor dentro de la red cuando se encuentre dentro del área de servicio de Alliance. No es necesaria una aprobación previa (autorización previa) para obtener cuidados de urgencia de los proveedores de la red dentro del área de servicio de Alliance. Si se encuentra fuera del área de servicio de Alliance, pero dentro de Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia.

Acuda al centro de atención de urgencia más cercano. Medi-Cal no cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos y necesita atención de urgencia, nosotros no cubriremos su atención.

Si necesita atención de urgencia de salud mental, llame al plan de salud mental de su condado o al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Llame al plan de salud mental de su condado o a la organización de salud del comportamiento de Alliance en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para consultar en línea los números telefónicos gratuitos de todos los condados, visite www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.asp.

Si recibe medicamentos como parte de su consulta cubierta de atención de urgencia, Alliance los cubrirá como parte de su consulta cubierta. Si su proveedor de atención de urgencia le da una receta médica para que la lleve a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea "Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx" en "Otros programas y servicios de Medi-Cal" en el Capítulo 4.

Atención de emergencia

Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia (Emergency Room, ER) más cercana. Para recibir atención de emergencia, **no** necesita la aprobación previa (autorización previa) de Alliance.

Dentro de los Estados Unidos, incluido cualquier territorio de los Estados Unidos, tiene derecho a usar cualquier hospital u otra instalación para recibir atención de emergencia.

Si se encuentra fuera de Estados Unidos, solo está cubierta la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México. No se cubre la atención de emergencia y otro tipo de atención en otros países.

La atención de emergencia es para afecciones médicas que ponen en riesgo la vida. Esta atención es para una enfermedad o lesión de la cual una persona prudente (razonable) sin experiencia (que no es un profesional del cuidado de la salud) con conocimientos promedio de salud y medicina esperaría que, de no recibir atención de inmediato, podría poner su salud (o la de su bebé por nacer) en grave peligro. Esto incluye el riesgo de sufrir daños graves en sus funciones corporales, órganos o partes del cuerpo.

Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- trabajo de parto activo
- fractura de hueso
- dolor severo
- dolor en el pecho
- problemas para respirar
- quemaduras graves
- sobredosis de drogas
- desmayo
- sangrado grave
- condiciones psiquiátricas de emergencia, como depresión grave o pensamientos suicidas (esto puede estar cubierto por los planes de salud mental del condado)

No acuda a la ER para recibir atención de rutina o que no se necesite de inmediato. Debe acudir con su PCP, quien lo conoce mejor, para recibir atención de rutina. Si no está seguro de si su afección médica es una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita atención de emergencia lejos de casa, vaya a la ER más cercana, incluso si no se encuentra dentro de la red de Alliance. Si acude a una ER, pídales que llamen a Alliance. Usted o el hospital en el que lo admitieron debe llamar a Alliance dentro de las primeras 24 horas de haber recibido la atención de emergencia. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos, a otro lugar distinto de Canadá o México, y necesita atención de emergencia, Alliance **no** cubrirá su atención.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. No es necesario que pregunte a su PCP o a Alliance antes de acudir a la ER.

Si necesita recibir atención en un hospital fuera de la red después de su emergencia (atención posterior a la estabilización), el hospital llamará a Alliance.

Recuerde: No llame al **911** a menos que sea una emergencia. Busque atención de emergencia únicamente si se trata de una emergencia, no para recibir atención de rutina ni para enfermedades leves como un resfriado o dolor de garganta. Si se trata de una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana.

La línea de asistencia de enfermería de Alliance le brinda información médica gratuita y asesoría, las 24 horas del día, todos los días del año. Llame a la línea gratuita al 1-888-433-1876 o al 711.

Línea de asistencia de enfermería

La línea de asistencia de enfermería puede brindarle información médica gratuita y asesoría, las 24 horas del día, todos los días del año.

Llame a la línea gratuita de asistencia de enfermería al 1-888-433-1876 o al 711 para lo siguiente:

- Hablar con una enfermera que responderá sus preguntas médicas, le proporcionará orientación sobre la atención y le ayudará a decidir si debe acudir a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con afecciones médicas como la diabetes o el asma, lo que incluye orientación acerca de qué tipo de proveedor puede ser el adecuado para su afección.

La línea de consulta de enfermería **no puede** ayudarle con las citas clínicas o a resurtir medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita ayuda con estos temas. La línea de asistencia de enfermería cuenta con servicios de traducción disponibles si es necesario.

Instrucciones anticipadas

Una instrucción anticipada de salud es un formulario legal. Puede indicar en el formulario la atención médica que desea en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones más adelante. También puede indicar el tipo de atención que **no** desea. Puede nombrar a alguien, como su cónyuge, para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que usted no pueda hacerlo.

Puede obtener un formulario de instrucción anticipada en farmacias, hospitales, despachos de abogados y consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar por el formulario. También puede encontrar y descargar sin costo un formulario en línea. Puede pedir a su familia, PCP o alguien de su confianza que le ayude a llenar el formulario.

Tiene derecho a pedir que se incluyan sus instrucciones anticipadas en sus expedientes médicos. Tiene derecho a cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Tiene el derecho de saber acerca de los cambios a las leyes sobre la instrucción anticipada. Alliance le informará sobre cambios en la ley estatal en un plazo menor a 90 días a partir del cambio.

Para obtener más información, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Donación de órganos y tejidos

Usted puede ayudar a salvar vidas haciéndose donador de órganos y tejidos. Si usted tiene de 15 a 18 años, puede hacerse donador con el consentimiento escrito de su padre o tutor. En cualquier momento, puede cambiar de parecer sobre ser donador de órganos. Si desea obtener más información sobre la donación de órganos o tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en www.organdonor.gov.

4. Beneficios y servicios

Lo que cubre su plan de salud

Este capítulo explica sus servicios cubiertos como miembro de Alliance. Sus servicios cubiertos son gratuitos siempre y cuando sean médicamente necesarios y proporcionados por un proveedor dentro de la red. Debe solicitarnos una aprobación previa (autorización previa) si la atención está fuera de la red, excepto para ciertos servicios sensibles y atención de emergencia. Es posible que su plan de salud cubra los servicios médicamente necesarios prestados por un proveedor fuera de la red, pero para ello usted tiene que solicitar a Alliance una aprobación previa (autorización previa).

Los servicios son médicamente necesarios si son razonables y necesarios para proteger su vida, evitan que se enferme gravemente o que quede discapacitado, o reducen el dolor intenso a causa de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Los miembros menores de 21 años obtienen beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, lea el Capítulo 5, "Atención para el bienestar de niños y jóvenes".

En la siguiente página se mencionan algunos de los beneficios de salud básicos que ofrece Alliance. Los beneficios con un asterisco (*) necesitan aprobación previa (autorización previa).

- Acupuntura*
- Servicios y terapias agudas de atención en el hogar (tratamiento a corto plazo)
- Inmunizaciones para adultos (vacunas)
- Pruebas de alergia e inyecciones
- Servicios de ambulancia para una emergencia
- Servicios de anestesiólogo
- Prevención de asma
- Audiología*
- Tratamientos de salud del comportamiento*
- Pruebas de biomarcadores
- Rehabilitación cardiaca
- Servicios quiroprácticos*
- Quimioterapia y radioterapia
- Evaluaciones de salud cognitiva
- Servicios de trabajadores de salud comunitaria
- Servicios dentales - limitados (prestados por un profesional médico/proveedor de atención primaria, o PCP, en un consultorio médico)
- Servicios de diálisis y hemodiálisis
- Servicios de doula
- Equipo médico duradero (DME)*
- Servicios diádicos
- Consultas en la sala de emergencias
- Nutrición enteral y parenteral*
- Consultas y asesoría en el consultorio de planificación familiar (puede acudir con un proveedor que no participe en la red)
- Servicios y dispositivos de habilitación*
- Aparatos de corrección auditiva
- Atención médica en el hogar*
- Atención de enfermos terminales*
- Atención médica y quirúrgica como paciente hospitalizado*
- Servicios de laboratorio y radiología*
- Terapias y servicios de atención en el hogar a largo plazo*
- Atención de maternidad y para el recién nacido
- Trasplante de órganos importantes*
- Terapia ocupacional*
- Aparatos de ortesis y prótesis*
- Suministros de urología y ostomía
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Cirugía ambulatoria*
- Atención paliativa*
- Consultas con el PCP
- Servicios pediátricos
- Terapia física*
- Servicios de podología*
- Rehabilitación pulmonar
- Secuenciación rápida del genoma completo
- Servicios y dispositivos de rehabilitación*
- Servicios de enfermería especializada
- Consultas con un especialista
- Terapia del habla*
- Servicios quirúrgicos
- Telemedicina/telesalud
- Servicios a personas transgénero*
- Atención de urgencia
- Servicios de la vista*
- Servicios de salud de la mujer

Las definiciones y descripciones de los servicios cubiertos están en el Capítulo 8, "Números y palabras importantes que debe conocer".

Los servicios son médicamente necesarios si son razonables y necesarios para proteger su vida, evitan que se enferme gravemente o que quede discapacitado, o reducen el dolor intenso a causa de una enfermedad, dolencia o lesión diagnosticada.

Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios que son necesarios para el crecimiento y el desarrollo correspondiente a la edad, o para lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, un servicio es médicamente necesario si se requiere para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y mentales de acuerdo con el beneficio federal de Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT). Esto incluye la atención necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o afección física o mental, o para evitar que la afección del miembro empeore.

Los servicios médicamente necesarios no incluyen:

- **tratamientos que no están probados o que están en prueba**
- **servicios que, por lo general, no están aceptados como eficaces**
- **servicios fuera del curso y duración normal de tratamiento o servicios que no tienen lineamientos clínicos**
- **servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor**

Alliance se coordina con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si dichos servicios están cubiertos por otro programa y no por Alliance.

Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para:

- proteger la vida;
- evitar una enfermedad o discapacidad importante;

- aliviar el dolor intenso;
- lograr el crecimiento y el desarrollo correspondiente a la edad, o
- lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios incluyen todos los servicios cubiertos antes mencionados más cualquier otra atención médica necesaria, servicio de diagnóstico, tratamiento y otras medidas para corregir o mejorar defectos, y enfermedades y afecciones físicas y mentales, que requiere el beneficio federal de Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT).

EPSDT proporciona servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de familias de bajos ingresos. EPSDT cubre más servicios que el beneficio para adultos. Está diseñado para garantizar que los niños tengan una detección y una atención tempranas para prevenir, o diagnosticar y tratar problemas de salud. El objetivo de EPSDT es asegurarse de que todos los niños reciban la atención médica que necesitan cuando la necesiten; es decir, la atención apropiada al niño adecuado en el momento correcto y en el entorno correcto.

Alliance se coordinará con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa cubre esos servicios y Alliance no. Lea "Otros programas y servicios de Medi-Cal" en este capítulo.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por Alliance

Servicios para pacientes ambulatorios

Inmunizaciones para adultos

Puede recibir inmunizaciones (vacunas) para adultos con un proveedor de la red sin aprobación previa (autorización previa). Alliance cubre las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), incluidas las vacunas que usted necesite cuando viaje.

También puede obtener algunos servicios de inmunización (vacunas) para adultos en una farmacia a través de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea "Otros programas y servicios de Medi-Cal" en este capítulo.

Atención para alergias

Alliance cubre las pruebas y el tratamiento para alergias, que incluyen la desensibilización, la hiposensibilización o la inmunoterapia.

Servicios de anestesiólogo

Alliance cubre los servicios de anestesia que son médicamente necesarios cuando recibe atención para pacientes ambulatorios. Esto puede incluir la anestesia para procedimientos dentales cuando se la brinda un anestesiólogo que podría requerir una preaprobación (autorización previa).

Servicios quiroprácticos

Alliance cubre servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna mediante manipulación manual. Los servicios quiroprácticos están limitados a un máximo de 2 servicios al mes sin autorización previa. Los servicios adicionales requerirán aprobación previa (autorización previa) de Alliance. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. Alliance puede otorgar una aprobación previa para otros servicios que sean médicamente necesarios.

Estos miembros califican para los servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años.
- Personas embarazadas hasta el final del mes que incluye los 60 días después del final del embarazo.
- Residentes en un centro de enfermería especializada, de atención inmediata o de atención subaguda.
- Todos los miembros cuando los servicios se proporcionen en departamentos ambulatorios de hospitales del condado, clínicas ambulatorias, centros de salud con certificación federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC) de la red de Alliance. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios.

Evaluaciones de salud cognitiva

Alliance cubre una evaluación anual de salud cognitiva para los miembros de 65 años o mayores que no califiquen de otra manera para una evaluación similar como parte de una consulta anual de bienestar contemplada en el programa Medicare. Una evaluación de salud cognitiva busca signos de enfermedad de Alzheimer o demencia.

Servicios de trabajadores de salud comunitaria

Alliance cubre los servicios de los trabajadores comunitarios de la salud (Community Health Worker, CHW) para las personas cuando estos son recomendados por un médico u otro profesional con licencia con el fin de prevenir una enfermedad, discapacidad u otras afecciones o su progresión; prolongar la vida, y promover la salud y la eficiencia físicas y mentales.

Los servicios pueden incluir:

- La educación y capacitación para la salud, incluidos el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; afecciones del comportamiento, perinatales y bucales; y la prevención de lesiones.
- La promoción de la salud y la orientación, incluidos el establecimiento de metas y la creación de planes de acción para la prevención y el control de enfermedades.

Servicios de diálisis y hemodiálisis

Alliance cubre los tratamientos de diálisis. Alliance también cubre los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) si su médico envía una solicitud y Alliance la aprueba.

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

- equipo, suministros o artículos de confort o de lujo
- accesorios no médicos, como los generadores o los accesorios para convertir el equipo de diálisis domiciliaria en un equipo portátil de viaje

Servicios de doula

Alliance cubre los servicios de doula para las miembros que estén embarazadas o lo hayan estado en el último año cuando lo recomiende un médico o un profesional con licencia. Medi-Cal no cubre todos los servicios de doula. Las doulas son trabajadoras obstétricas que proporcionan educación sobre la salud, defensoría y apoyo físico, emocional y no médico a las personas embarazadas y puérperas antes, durante y después del parto, incluido el apoyo durante el aborto espontáneo, la muerte fetal y el aborto.

Servicios diádicos

Alliance cubre los servicios de atención de la salud del comportamiento diádica (Dyadic Behavioral Health, DBH) médicamente necesarios para los miembros y sus cuidadores. Una díada es un niño y sus padres o cuidadores. La atención diádica atiende conjuntamente a los padres o cuidadores y al niño. Se centra en el bienestar familiar para apoyar el desarrollo saludable del niño y su salud mental.

Los servicios de atención diádica incluyen consultas de bienestar infantil de la DBH, servicios integrales diádicos de apoyos comunitarios, servicios psicoeducativos diádicos, servicios diádicos para padres o cuidadores, capacitación familiar diádica y asesoría para el desarrollo del niño y servicios de salud mental materna.

Cirugía ambulatoria

Alliance cubre los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Para algunos procedimientos, necesitará obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de recibir esos servicios. Los procedimientos de diagnóstico y ciertos procedimientos ambulatorios médicos o dentales se consideran opcionales. Tiene que obtener una aprobación previa (autorización previa).

Servicios de médicos

Alliance cubre los servicios de médicos que sean médicamente necesarios.

Servicios de podología (para los pies)

Alliance cubre servicios de podología siempre y cuando sean médicamente necesarios para realizar diagnósticos y para tratamientos médicos, quirúrgicos, mecánicos, manipulativos y eléctricos del pie humano. Esto incluye el tratamiento del tobillo y de los tendones conectados al pie. También incluye el tratamiento no quirúrgico de los músculos y los tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

Terapias de tratamiento

Alliance cubre diferentes terapias de tratamiento que incluyen:

- quimioterapia
- radioterapia

Atención de maternidad y para el recién nacido

Alliance cubre los siguientes servicios de maternidad y para el recién nacido:

- servicios del centro de nacimiento
- bombas y suministros para la extracción de leche
- educación y ayudas sobre la lactancia
- enfermera obstétrica certificada (Certified Nurse Midwife, CNM)
- atención durante y después del parto
- diagnóstico y asesoría sobre trastornos genéticos fetales
- servicios de doula
- partera autorizada (Licensed Midwife, LM)
- servicios de salud mental materna
- atención al recién nacido
- atención prenatal

Servicios de telesalud

La telesalud es una manera de obtener servicios sin estar en el mismo lugar físico que su proveedor. La telesalud puede involucrar mantener una conversación en vivo con su proveedor por teléfono, video u otros medios. O la telesalud puede involucrar compartir información con su proveedor sin una conversación en vivo. Puede obtener muchos servicios a través de la telesalud.

Es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué servicios puede recibir a través de la telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que usar la telesalud para un servicio es apropiado para usted. Tiene derecho a recibir los servicios en persona. No está obligado a usar la telesalud aunque su proveedor esté de acuerdo en que es apropiada para usted.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Alliance cubre las evaluaciones iniciales de salud mental sin necesidad de una aprobación previa (autorización previa). Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento de un proveedor de salud mental con licencia dentro de la red de Alliance sin una remisión.

Su PCP o proveedor de salud mental podría hacerle una remisión para más pruebas de detección de salud mental con un especialista de la red de Alliance para decidir el nivel de atención que necesita. Si los resultados de sus pruebas de detección de salud mental determinan que padece un trastorno leve o moderado, o que su funcionamiento mental, emocional o del comportamiento está deteriorado, Alliance puede proporcionarle servicios de salud mental.

Alliance cubre servicios de salud mental como los siguientes:

- Evaluación y tratamiento de salud mental (psicoterapia) individuales y en grupo
- Pruebas psicológicas, cuando estén indicadas clínicamente para evaluar una afección mental
- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar una terapia con medicamentos
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que no estén ya cubiertos en la Lista de medicamentos contratados de Medi-Cal Rx (https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/), suministros y suplementos.
- Consultas psiquiátricas.
- Terapia familiar que involucra al menos a 2 miembros de la familia. Los ejemplos de terapia familiar pueden incluir, entre otros:
    - psicoterapia para padres e hijos (edades de 0 a 5)
    - terapia interactiva para padres e hijos (edades de 2 a 12)
    - terapia de pareja cognitiva del comportamiento (adultos)

Para obtener ayuda para encontrar más información sobre los servicios de salud mental proporcionados por Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Si el tratamiento que necesita para un trastorno de salud mental no está disponible en la red de Alliance, o su PCP o proveedor de salud mental no puede proporcionarle la atención que necesita en el tiempo indicado antes en "Acceso oportuno a la atención", Alliance le ayudará a obtener los servicios fuera de la red y los cubrirá.

Si su prueba de detección de salud mental muestra que puede tener un mayor nivel de deterioro y que necesita servicios especializados de salud mental (SMHS), su PCP o su proveedor de salud mental pueden remitirlo al plan de salud mental del condado para que reciba la atención que necesita.

Para obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en la página 98 bajo “Servicios especializados de salud mental”.

Atención de emergencia

Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios para tratar una emergencia médica

Alliance cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que se produzca en Estados Unidos (incluidos territorios como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de Estados Unidos, etc.). Alliance también cubre la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá o México. Una emergencia médica es una afección médica con dolor severo o lesiones graves.

La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, una persona prudente (razonable) sin experiencia (no un profesional de cuidado de la salud) podría esperar que tuviera como resultado:

- riesgos graves para su salud;
- daños graves a las funciones corporales;
- disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo; o
- riesgo grave en los casos de una persona embarazada en trabajo de parto activo; es decir, en un momento en el que pudiera ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:
    - No hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes de dar a luz.
    - El traslado podría suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo por nacer.

Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital le da un suministro hasta para 72 horas de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios como parte de su tratamiento, Alliance cubrirá el medicamento recetado como parte de sus servicios de emergencia cubiertos. Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital le da una receta médica que tiene que llevar a una farmacia para pacientes ambulatorios para que se la surtan, Medi-Cal Rx cubrirá esa receta médica.

Si un farmacéutico de una farmacia para pacientes ambulatorios le da un **suministro de emergencia** de un medicamento, ese suministro de emergencia estará cubierto por Medi-Cal Rx y no por Alliance. Si la farmacia necesita ayuda para darle un suministro de medicamentos de emergencia, pídales que llamen a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711).

Servicios de transporte de emergencia

Alliance cubre los servicios de ambulancia para ayudarle a llegar al lugar de atención más cercano en caso de emergencia. Esto significa que su afección es lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Ningún servicio está cubierto fuera de Estados Unidos, salvo la atención de emergencia que requiera su hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o México y no es hospitalizado durante ese episodio de atención, Alliance no cubrirá sus servicios de ambulancia.

Centro de enfermos terminales y atención paliativa

Alliance cubre la atención de enfermos terminales y la atención paliativa para niños y adultos, que ayudan a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los adultos de 21 años o más no pueden recibir servicios de atención de enfermos terminales y de atención paliativa al mismo tiempo.

Atención de enfermos terminales

La atención de enfermos terminales es un beneficio para los miembros con enfermedades terminales. La atención de enfermos terminales requiere que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos. Es una intervención que se enfoca principalmente en el manejo del dolor y los síntomas más que en la cura para prolongar la vida.

La atención de enfermos terminales incluye:

- servicios de enfermería
- servicios físicos, ocupacionales o del habla
- servicios sociales médicos
- servicios de asistentes en el cuidado de la salud en el hogar y de personas encargadas del hogar
- suministros y dispositivos médicos
- algunos servicios biológicos y de medicamentos (algunos pueden estar disponibles a través de Medi-Cal Rx)
- servicios de asesoría
- servicios de enfermería continuos las 24 horas durante periodos de crisis y cuando sean necesarios para mantener en casa a miembro con una enfermedad terminal
- cuidado temporal de reemplazo para pacientes hospitalizados por hasta cinco días consecutivos en un hospital, o centro de enfermería especializada o de cuidados paliativos

- cuidados para pacientes hospitalizados a corto plazo para controlar el dolor o manejar los síntomas en un hospital, o centro de enfermería especializada o de cuidados paliativos

Atención paliativa

La atención paliativa es la atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticipar, evitar y tratar el sufrimiento. La atención paliativa no requiere que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos. La atención paliativa puede proporcionarse al mismo tiempo que la atención curativa.

La atención paliativa incluye:

- planificación de atención anticipada
- evaluación y consulta para atención paliativa
- plan de atención que incluye toda la atención paliativa y curativa autorizada
- equipo de plan de atención que incluye, entre otros:
    - un médico u osteópata
    - asistente médico
    - un personal de enfermería certificado
    - una auxiliar de enfermería o enfermera profesional con práctica médica
    - un trabajador social
    - un capellán
- coordinación de la atención
- control del dolor y de los síntomas
- servicios sociales de salud mental y médicos

Los adultos de 21 años o más no pueden recibir al mismo tiempo atención paliativa y atención de enfermos terminales. Si está recibiendo atención paliativa y califica para atención de enfermos terminales, puede pedir el cambio a atención de enfermos terminales en cualquier momento.

Hospitalización

Servicios de anestesiólogo

Alliance cubre los servicios del anestesiólogo médicamente necesarios durante las estadías cubiertas en el hospital. Un anestesiólogo es un proveedor que se especializa en anestesiar pacientes. La anestesia es un tipo de medicamento que se usa durante algunos procedimientos médicos o dentales.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

Alliance cubre la atención médicamente necesaria para pacientes hospitalizados cuando usted ingresa al hospital.

Secuenciación rápida del genoma completo

La secuenciación rápida del genoma completo (Rapid Whole Genome Sequencing, RWGS) es un beneficio cubierto para todo miembro de Medi-Cal de un año de edad o menor que esté recibiendo servicios hospitalarios en una unidad de cuidado intensivo. Incluye la secuenciación individual, la secuenciación en trío para un padre o los padres, y su bebé, y la secuenciación ultrarrápida.

La RWGS es una nueva forma de diagnosticar afecciones a tiempo para modificar la atención en la unidad de cuidado intensivo (Intensive Care Unit, ICU) de los niños de un año de edad o menores. Si su hijo califica para Servicios para los Niños de California (California Children's Services, CCS), CCS puede cubrir la estadía en el hospital y la RWGS.

Servicios quirúrgicos

Alliance cubre las cirugías médicamente necesarias que se realizan en un hospital.

El programa Extensión de la Atención Posparto (PPCE)

Alliance cubre la atención posparto hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de los ingresos, la ciudadanía o el estado migratorio. No es necesaria ninguna otra acción.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (de terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a adquirir o recuperar sus habilidades mentales y físicas.

Alliance cubre los servicios de rehabilitación y habilitación que se describen en esta sección si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios son para tratar una afección.
- Los servicios son para ayudarle a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana.
- Usted recibe los servicios en un centro de la red, a menos que un médico de la

red considere médicamente necesario que usted reciba los servicios en otro lugar o que no haya un centro dentro de la red disponible para tratar su afección.

Alliance cubre estos servicios de rehabilitación/habilitación:

Acupuntura

Alliance cubre servicios de acupuntura para prevenir, cambiar o aliviar la percepción de dolor grave persistente y crónico que resulte de una afección médica generalmente reconocida.

Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios, con o sin estimulación eléctrica de agujas, están limitados a 4 servicios por mes. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. Alliance puede preaprobar (preautorizar) más servicios médicamente necesarios.

Audiología (audición)

Alliance cubre los servicios de audiología. La audiología para pacientes ambulatorios está limitada a 2 servicios por mes, (los límites no se aplican a los niños menores de 21 años). Alliance puede preaprobar (preautorizar) más servicios médicamente necesarios.

Tratamientos de salud del comportamiento

Alliance cubre los servicios de tratamiento de comportamiento (Behavioral Health Treatment, BHT) para los miembros menores de 21 años a través del beneficio de EPSDT. El BHT incluye servicios y programas de tratamiento como el análisis del comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencias que desarrollan o restauran, al máximo grado posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años.

Los servicios de BHT enseñan habilidades mediante el uso de la observación y el refuerzo del comportamiento, o mediante la motivación para enseñar cada paso de un comportamiento buscado. Los servicios de BHT se basan en evidencias confiables. No son experimentales. Los ejemplos de los servicios de BHT incluyen intervenciones del comportamiento, paquetes de intervención del comportamiento cognitiva, tratamiento del comportamiento integral y análisis del comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser médicamente necesarios, prescritos por un médico o psicólogo con licencia, aprobados por el plan y brindados de una forma que siga el plan de tratamiento aprobado.

Rehabilitación cardiaca

Alliance cubre los servicios de rehabilitación cardiaca para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Equipo médico duradero (DME)

Alliance cubre la compra o la renta de suministros de DME, equipo y otros servicios con la receta médica de un médico, un asistente médico, una enfermera profesional con práctica médica o un especialista en enfermería clínica. Los artículos de DME recetados están cubiertos si son médicamente necesarios para conservar las funciones corporales esenciales para las actividades de la vida cotidiana o para evitar una discapacidad física mayor.

Por lo general, Alliance no cubre:

- equipo, dispositivos y suministros de confort, conveniencia o lujo, excepto las bombas de leche de grado minorista descritas en "Bombas y suministros para la extracción de leche" bajo el título "Atención de maternidad y para el recién nacido" en este capítulo
- artículos no destinados a mantener las actividades normales de la vida diaria, como equipos de ejercicio, incluidos los dispositivos destinados a proporcionar más apoyo para actividades recreativas o deportivas
- equipo de higiene, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años
- artículos que no sean médicos, como baños sauna o elevadores
- modificaciones a su hogar o auto
- dispositivos para análisis de sangre u otras sustancias corporales (Medi-Cal Rx cubre los monitores de glucosa en sangre para diabetes, los monitores continuos de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas)
- monitores cardiacos o pulmonares electrónicos, excepto los monitores de apnea para bebés
- reparación o reemplazo de equipo por pérdida, robo, o uso indebido, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años
- otros artículos que, por lo general, no se utilizan principalmente para la atención médica

En algunos casos, se puede aprobar estos artículos cuando su médico envía una solicitud de aprobación previa (autorización previa).

Nutrición enteral y parenteral

Estos métodos para nutrir el cuerpo se utilizan cuando alguna afección médica evita que usted consuma alimentos de forma normal. Las fórmulas de nutrición enteral y los productos de nutrición parenteral pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx, cuando son médicamente necesarios. Alliance también cubre las bombas y mangueras enterales y parenterales, cuando son médicamente necesarias.

Aparatos de corrección auditiva

Alliance cubre los aparatos de corrección auditiva si se le realiza una prueba de pérdida auditiva, si estos son médicamente necesarios y tiene una receta médica de su médico. La cobertura se limita al aparato de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas. Alliance cubrirá un aparato de corrección auditiva, a menos que se necesite un aparato para cada oído para obtener resultados mucho mejores que los que puede obtener con un solo aparato.

Aparatos de corrección auditiva para miembros menores de 21 años:

En el Condado de Alameda, la ley estatal exige que los niños que necesiten un aparato de corrección auditiva sean remitidos al programa de Servicios para Niños de California (CCS) para decidir si el niño califica para CCS. Si el niño califica para CCS, este cubrirá los costos de los aparatos de corrección auditiva que sean médicamente necesarios. Si el niño no califica para CCS, cubriremos los aparatos de corrección auditiva médicamente necesarios como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Aparatos de corrección auditiva para miembros de 21 años o mayores:

Con Medi-Cal, cubrimos lo siguiente por cada aparato de corrección auditiva cubierto:

- moldes de oído necesarios para la adaptación
- un paquete de pilas estándar
- consultas para asegurarse de que el aparato funciona correctamente
- consultas para la limpieza y adaptación de su aparato de corrección auditiva
- reparación de su aparato de corrección auditiva

Con la cobertura de Medi-Cal, cubriremos la sustitución de un aparato de corrección auditiva si:

- Su pérdida auditiva es tal que su aparato de corrección auditiva actual no es capaz de corregirla.

- Su aparato de corrección auditiva se perdió, fue robado, o se descompuso y no puede repararse y no fue su culpa. Debe presentar una nota en la que nos informe cómo sucedió esto.

Para los adultos de 21 años o mayores, Medi-Cal **no** incluye:

- pilas de repuesto para los aparatos de corrección auditiva

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Alliance cubre los servicios de salud prestados en su domicilio cuando se consideren médicamente necesarios y hayan sido prescritos por su médico o por un asistente médico, una enfermera profesional con práctica médica o un especialista en enfermería clínica.

Los servicios de salud a domicilio se limitan a los servicios que cubre Medi-Cal, incluidos:

- atención de enfermería especializada de medio tiempo
- asistente en el cuidado de la salud en el hogar de medio tiempo
- terapia especializada física, ocupacional y del habla
- servicios sociales médicos
- suministros médicos

Suministros, equipos y dispositivos médicos

Alliance cubre los suministros médicos prescritos por médicos, asistentes médicos, enfermeras profesionales con práctica médica y especialistas en enfermería clínica. Algunos suministros médicos están cubiertos a través de Medi-Cal Rx de honorarios por servicios (FFS) y no por Alliance. Cuando FFS cubra los suministros, el proveedor pasará la cuenta a Medi-Cal.

Medi-Cal **no** cubre:

- Artículos domésticos comunes, entre los que se encuentran:
  - cinta adhesiva (todos los tipos)
  - alcohol para curaciones cutáneas
  - cosméticos
  - bolas de algodón e hisopos
  - polvos de limpieza
  - toallitas limpiadoras
  - agua de Hamamelis
- Remedios domésticos comunes que incluyen, entre otros:
  - vaselina blanca

  - aceites y lociones para piel seca
  - talco y productos combinados con talco
  - agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
  - peróxido de carbamida y perborato de sodio
- Champú de venta libre
- Preparaciones tópicas que contienen pomada de ácido benzoico y salicílico, crema, pomada o líquido de ácido salicílico, pasta de óxido de zinc
- Otros artículos que no se utilizan principalmente para la atención médica y que usan regular y principalmente las personas que no los necesitan por una razón médica específica

Terapia ocupacional

Alliance cubre los servicios de terapia ocupacional, que incluyen la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la capacitación y los servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional están limitados a 2 servicios por mes (los límites no se aplican a los niños menores de 21 años). Alliance puede preaprobar (preautorizar) más servicios médicamente necesarios.

Ortesis/prótesis

Alliance cubre los aparatos de ortesis, las prótesis y los servicios que sean médicamente necesarios y que haya recetado su médico, podólogo, dentista o proveedor médico no especializado. Se incluyen aparatos de audición implantados, prótesis de seno o sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o sustituir una parte del cuerpo, o para dar soporte a una parte del cuerpo debilitada o deformada.

Suministros de urología y ostomía

Alliance cubre bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenado, suministros de irrigación y adhesivos. Esto no incluye los suministros que sean equipo o artículos de confort, de conveniencia o de lujo.

Terapia física

Alliance cubre los servicios de terapia física médicamente necesarios, incluidos la evaluación de la terapia física, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la capacitación, los servicios de consulta y la aplicación de medicamentos tópicos.

Rehabilitación pulmonar

Alliance cubre la rehabilitación pulmonar que es médicamente necesaria y es recetada por un médico.

Servicios en un centro de enfermería especializada

Alliance cubre los servicios en un centro de enfermería especializada que sean médicamente necesarios si usted está discapacitado y necesita un nivel alto de atención. Estos servicios incluyen hospedaje y comidas en un centro con licencia con atención de enfermería especializada las 24 horas del día.

Terapia del habla

Alliance cubre la terapia del habla que sea médicamente necesaria. Los servicios de terapia del habla están limitados a 2 servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiropráctica y terapia ocupacional. Los límites no se aplican a los niños menores de 21 años. Alliance puede preaprobar (preautorizar) más servicios médicamente necesarios.

Servicios a personas transgénero

Alliance cubre los servicios para personas transgénero (servicios de afirmación de género) cuando son médicamente necesarios o cuando los servicios cumplen las reglas para la cirugía reconstructiva.

Ensayos clínicos

Alliance cubre los costos de la atención de rutina para los pacientes aceptados en ensayos clínicos, incluidos los ensayos clínicos para el cáncer incluidos para los Estados Unidos en https://clinicaltrials.gov.

Medi-Cal Rx, un programa Medi-Cal de FFS, cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea "Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios" en este capítulo.

Servicios de laboratorio y radiología

Alliance cubre los servicios de laboratorio y de rayos X para pacientes hospitalizados y ambulatorios cuando sean médicamente necesarios. Los procedimientos avanzados de diagnóstico por imagen, como las tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT), las imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) y las tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), se cubren en función de la necesidad médica.

Servicios de salud preventivos y de bienestar, y control de enfermedades crónicas

El plan cubre lo siguiente:

- las vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación
- servicios de planificación familiar
- recomendaciones de la iniciativa "Bright Futures" de la American Academy of Pediatrics (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- pruebas de detección de experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences, ACE)
- servicios de preventivos del asma
- servicios de salud preventivos para mujeres recomendados por el American College of Obstetricians and Gynecologists
- ayuda para dejar de fumar, también denominada servicios para dejar de fumar
- servicios de salud preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo A y B de Servicios de Salud Preventivos de Estados Unidos

Se proporcionan servicios de planificación familiar a los miembros en edad reproductiva para permitirles determinar el número de hijos y el tiempo de espera entre embarazos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). El PCP de Alliance y los especialistas en obstetricia y ginecología están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para los servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o clínica de Medi-Cal dentro o fuera de Alliance sin tener que obtener una aprobación previa (autorización previa) de Alliance. Los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con la planificación familiar podrían no estar cubiertos. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Alliance también cubre los programas de control de enfermedades crónicas centrados en las siguientes afecciones:

- diabetes
- enfermedades cardiovasculares
- asma
- depresión

Para obtener información sobre la atención preventiva para los jóvenes de 20 años o menos, lea el Capítulo 5, "Atención para el bienestar de niños y jóvenes".

Programa de Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes (Diabetes Prevention Program, DPP) es un programa de cambio del estilo de vida basado en la evidencia. Este programa de 12 meses se centra en los cambios en el estilo de vida. Está diseñado para prevenir o demorar la aparición de la diabetes tipo 2 en personas con un diagnóstico de prediabetes. Los miembros que cumplan los criterios podrían calificar para un segundo año. El programa proporciona educación y apoyo grupal.

Las técnicas incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- proporcionar un colega instructor
- enseñar el automonitoreo y la resolución de problemas
- proporcionar estímulos y retroalimentación
- proporcionar materiales informativos para apoyar los objetivos
- supervisar las mediciones del peso de rutina para ayudar a cumplir los objetivos

Los miembros tienen que cumplir ciertos criterios para unirse al DPP. Llame a Alliance para obtener información sobre si califica para el programa.

Servicios de reconstrucción

Alliance cubre las cirugías para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo con el fin de mejorar o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades o tratamiento de enfermedades que provocaron la pérdida de una estructura corporal, como una mastectomía. Pueden aplicarse algunos límites y excepciones.

Servicios de pruebas de detección de trastornos por el abuso de sustancias

Alliance cubre:

- Pruebas de detección, evaluación, intervenciones breves y remisión a tratamiento (Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment, SABIRT) de alcohol y drogas

Para la cobertura del tratamiento a través del condado, "Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias" más adelante en este capítulo.

Beneficios de la vista

Alliance cubre:

- Examen ocular de rutina una vez cada 24 meses; se cubren los exámenes oculares más frecuentes si son médicamente necesarios para los miembros, como los que padecen diabetes.
- Anteojos (monturas y lentes) una vez cada 24 meses con una receta médica válida
- Anteojos de repuesto en un plazo de 24 meses si cambia su receta médica o si sus anteojos se pierden, se los roban o se rompen, y no se pueden arreglar, y no ha sido culpa suya. Debe entregar una nota que nos indique cómo se perdieron, robaron o rompieron sus anteojos.
- Dispositivos de baja visión para personas con deficiencias visuales que no se pueden corregir con anteojos estándar, lentes de contacto, medicamentos o cirugía, y que interfieren en la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas (como la degeneración macular relacionada con la edad).
- Lentes de contacto médicamente necesarios. Las pruebas de lentes de contacto y los lentes de contacto pueden estar dentro de la cobertura si el uso de anteojos no es posible debido a una enfermedad o afección (como que le falte un ojo). Las afecciones médicas que califican para lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, la aniridia, la afaquia y el queratocono.

Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias

Puede obtener transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un auto, autobús o taxi para acudir a sus citas. Puede obtener transporte médico para los servicios cubiertos y las citas de farmacia cubiertas por Medi-Cal. Puede solicitar transporte médico pidiéndoselo a su médico, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. Su proveedor decidirá el tipo de transporte correcto para satisfacer sus necesidades.

Si considera que usted necesita transporte médico, se lo prescribirá llenando un formulario y enviándolo a Alliance. Una vez aprobada, la prescripción es válida hasta por 12 meses, dependiendo de la necesidad médica. Una vez aprobada, podrá obtener tantos viajes como necesite. Su médico tendrá que volver a evaluar su necesidad médica de transporte médico y volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico abarca una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta con silla de ruedas o transporte aéreo. Alliance permite el transporte médico de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita.

Eso significa que, por ejemplo, si usted tiene la capacidad física o médica para que lo transporte una camioneta para silla de ruedas, Alliance no pagará el servicio de una ambulancia. Usted solo tiene derecho a transporte aéreo si su afección médica hace que cualquier transporte por vía terrestre sea imposible.

Obtendrá transporte médico si:

- Es física o médicamente necesario, con una autorización por escrito de un médico u otro proveedor, ya que no le es posible física o médicamente usar un autobús, un taxi, un auto o una camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesita la ayuda del conductor para salir de su hogar, vehículo o lugar de tratamiento y para regresar debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le prescribió para citas no urgentes (de rutina), llame a la línea gratuita del Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-877-251-9612 **o** a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158 al menos 3 días laborables (de lunes a viernes) antes de su cita. Para citas urgentes, llame lo antes posible. Tenga lista su tarjeta de ID de miembro cuando llame.

Límites del transporte médico

Alliance proporciona el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas al proveedor más cercano de su hogar donde haya una cita disponible. No puede obtener transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio que va a recibir o si no se trata de una cita en la farmacia cubierta por Medi-Cal. En este Manual para Miembros encontrará una lista de los servicios cubiertos.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, Alliance no cubrirá el transporte médico, pero puede ayudarle a programar su transporte con Medi-Cal. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio a menos que Alliance lo autorice previamente. Para obtener más información o solicitar transporte médico, llame a la línea gratuita del Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-877-251-9612 o a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158.

Costo para miembros

No hay ningún costo cuando Alliance programa el transporte.

Cómo obtener transporte no médico

Sus beneficios incluyen el transporte a sus citas cuando la cita es para un servicio que Medi-Cal cubre y usted no tiene acceso a ningún transporte.

Puede obtener transporte, sin costo alguno para usted, cuando haya intentado todas las demás formas de obtener transporte y se encuentre:

- en un viaje hacia o desde una cita para obtener un servicio de Medi-Cal que su proveedor autorizó; o
- en proceso de recoger recetas y suministros médicos.

Alliance le permite usar un auto, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para ir a su cita médica para recibir servicios médicos cubiertos por Medi-Cal. Alliance cubrirá el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades. A veces, Alliance puede reembolsarle (pagarle) los viajes en un vehículo privado que usted gestione. Alliance tiene que aprobarlo antes de que usted haga el viaje.

Tiene que decirnos por qué no puede obtener algún otro tipo de transporte; por ejemplo, en autobús. Puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o decírnoslo en persona. Si tiene acceso a un medio de transporte o puede manejar usted mismo hasta la cita, Alliance no le reembolsará. Este beneficio es solo para los miembros que no tienen acceso a transporte.

Para el reembolso del millaje, tiene que enviar copias de los siguientes documentos del conductor:

- licencia de manejar;
- registro del vehículo; y
- comprobante de seguro del vehículo.

Para solicitar transporte para los servicios que han sido autorizados, llame a la línea gratuita del Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-877-251-9612 **o** a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158 al menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. O llame lo antes posible cuando tenga una cita urgente. Tenga lista su tarjeta de ID de miembro cuando llame.

Nota: Los indígenas estadounidenses también pueden comunicarse con su clínica de salud para indígenas estadounidenses local para solicitar transporte no médico.

Límites del transporte no médico

Alliance proporciona el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades al proveedor más cercano de su hogar donde haya una cita disponible. Los miembros no pueden conducir ellos mismos o ser reembolsados directamente por transporte no médico. Para obtener más información, llame a la línea gratuita del Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-877-251-9612 **o** a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158.

El transporte no médico no se aplica si:

- Una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta con silla de ruedas u otra forma de transporte médico es médicamente necesaria para llegar a un servicio que Medi-Cal cubre.
- Necesita ayuda del conductor para salir y entrar a su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.

Costo para miembros

No hay ningún costo cuando Alliance gestiona el transporte no médico.

Gastos de viaje

En algunos casos, si tiene que desplazarse para acudir a citas médicas que no están disponibles cerca de su domicilio, Alliance puede cubrir gastos de viaje como comidas, estancias en hoteles y otros gastos relacionados como estacionamiento, peaje, etc. También pueden estar cubiertos para alguien que viaje con usted para ayudarle en su cita o para alguien que le done un órgano para un trasplante de órgano. Debe solicitar la aprobación previa (autorización previa) para estos servicios comunicándose con la línea gratuita del Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-877-251-9612 **o** con la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158.

Otros beneficios y programas cubiertos por Alliance

Servicios y apoyos de atención médica a largo plazo

Alliance cubre, para los miembros que califiquen, los servicios y apoyos de atención médica a largo plazo en los siguientes tipos de centros u hogares de atención médica a largo plazo:

- servicios en centros de enfermería especializada, según sean aprobados por Alliance
- servicios de centros de atención subaguda (incluidos para adultos y pediátricos) aprobados por Alliance
- servicios de centros de atención intermedia que Alliance apruebe, incluidos:
    - centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled, ICF/DD);

- centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-habilitación (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Habilitative, ICF/DD-H), y
- centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-enfermería (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Nursing, ICF/DD-N).

Administración de atención básica

Si califica para recibir servicios de atención médica a largo plazo, Alliance se asegurará de que se le coloque en un centro de atención médica o en un hogar que le proporcione el nivel de atención más adecuado a sus necesidades médicas.

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios de atención médica a largo plazo, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Recibir atención de muchos proveedores diferentes o en distintos sistemas de salud es todo un reto. Alliance quiere asegurarse de que los miembros reciban todos los servicios médicamente necesarios, los medicamentos recetados y los servicios de salud del comportamiento. Alliance puede ayudarle a coordinar y administrar sus necesidades de salud, sin costo alguno para usted. Esta ayuda está disponible incluso cuando otro programa cubra los servicios.

Puede ser difícil averiguar cómo satisfacer sus necesidades de atención médica después de salir del hospital o si recibe atención en diferentes sistemas.

Estas son algunas de las formas en las que Alliance puede ayudar a sus miembros:

- Si tiene problemas para obtener una cita de seguimiento o medicamentos después de ser dado de alta del hospital, Alliance puede ayudarle.
- Si necesita ayuda para acudir a una cita en persona, Alliance puede ayudarle a obtener transporte gratuito.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud o la de su hijo, 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 al 711).

Coordinación de la atención

El Programa de Coordinación de la Atención de Alliance ofrece orientadores de salud, enfermeras y trabajadores sociales para proporcionarle ayuda a corto plazo, como por ejemplo:

- coordinarse con múltiples proveedores de atención médica

- encontrar proveedores en la red de Alliance
- guías de cuidado personal para controlar las afecciones
- ayudar a programar el transporte a las citas
- encontrar recursos comunitarios

Administración de la Atención Compleja (CCM)

Los miembros con necesidades de salud más complejas pueden calificar para servicios adicionales centrados en la administración de casos. Alliance ofrece servicios de Administración de la Atención Compleja (Complex Care Management, CCM) a los miembros de alto riesgo, que pueden incluir a miembros con múltiples afecciones médicas y de salud del comportamiento, miembros con múltiples consultas en el hospital y en la ER, y miembros con otras afecciones de salud complejas.

El equipo de enfermeras, trabajadores sociales y orientadores de CCM de Alliance puede ayudar a los miembros a hacer lo siguiente:

- programar citas con el médico, para su salud física y mental
- entender sus medicamentos
- obtener información sobre servicios y recursos comunitarios
- coordinar los servicios y suministros que se necesiten en el domicilio
- proporcionar herramientas para una mejor atención
- alcanzar sus metas de salud

Servicios de Atención de Transición (TCS)

Alliance proporciona Servicios de Atención de Transición (Transitional Care Services, TCS) a los miembros que se trasladan de un entorno o nivel de atención a otro, como el alta hospitalaria, el alta de un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) y otras transiciones. Un punto de contacto único ayudará a los miembros durante su transición.

Los TCS se ofrecerán a los miembros que cumplan los criterios. Es posible que Alliance se comunique con usted para informarle sobre los TCS si usted califica. También puede llamar a Alliance o a su proveedor de atención médica para saber cuándo puede recibir TCS.

El punto de contacto único de los TCS de Alliance puede ayudar a los miembros a hacer lo siguiente:

- programar citas médicas de seguimiento
- entender los medicamentos

- obtener información sobre servicios y recursos comunitarios
- coordinar los servicios y suministros que se necesiten en el domicilio

Los miembros inscritos en CCM tienen un administrador de atención asignado en Alliance. Los miembros que están inscritos en Administración Mejorada de la Atención (leer más abajo) tienen asignado un administrador de atención del proveedor comunitario de Administración Mejorada de la Atención (Enhanced Care Management, ECM). Estos administradores de atención asignados pueden ayudarle con la administración de la atención básica antes descrita y con cualquier otra necesidad de atención compleja, incluido el apoyo a la atención de transición si lo dan de alta de un hospital, un centro de enfermería especializada, un hospital psiquiátrico o un tratamiento residencial.

Administración Mejorada de la Atención (ECM)

Alliance cubre los servicios de ECM para los miembros con necesidades muy complejas. ECM dispone de servicios adicionales que le ayudarán a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Coordina la atención que recibe de diferentes médicos y otros proveedores de atención médica. ECM ayuda a coordinar la atención primaria y preventiva, la atención de casos agudos, la salud del comportamiento, el desarrollo, la salud dental, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) basados en la comunidad y las remisiones a recursos comunitarios.

Si reúne los requisitos, es posible que se comuniquen con usted para informarle sobre los servicios de ECM. También puede llamar a Alliance para saber si puede recibir los servicios de ECM y cuándo. O hable con su proveedor de atención médica. Él puede averiguar si usted califica para ECM o remitirlo a los servicios de administración de la atención.

Servicios que cubre la ECM

Si reúne los requisitos para ECM, tendrá su propio equipo de atención con un administrador principal de atención. Esta persona hablará con usted y con sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos, proveedores de servicios sociales y otros. Se asegura de que todos colaboren para que usted reciba la atención que necesita. Un administrador principal de atención también puede ayudarle a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad.

La ECM incluye:

- divulgación y compromiso
- evaluación y administración integral de la atención

- coordinación de atención mejorada
- promoción de la salud
- atención integral de transición
- servicios de apoyo para miembros y familiares
- coordinación y remisiones a apoyos comunitarios y sociales

Para saber si la ECM puede ser adecuada para usted, hable con su representante de Alliance o con su proveedor de atención médica.

Costo para miembros

Los servicios de la ECM no tienen costo para los miembros.

Apoyos comunitarios

Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente adecuados y asequibles para quienes tienen la cobertura del Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios podrían ayudarle a vivir de forma más independiente. No sustituyen los beneficios que ya recibe de Medi-Cal.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios podrían estar a su disposición y le gustaría acceder a estos servicios, llame al Departamento de Administración de Casos de Alliance al 1-510-747-4512 o a la línea gratuita al 1-877-251-9612 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). O llame a su proveedor de atención médica.

Los apoyos comunitarios apoyarán y no sustituirán los servicios que reciba el beneficiario de Medi-Cal a través de otros programas financiados con fondos estatales, locales o federales, de acuerdo con los términos y condiciones estándar (Standard Terms and Conditions, STC) de CalAIM y las pautas federales y del DHCS.

Servicios de orientación para transiciones a la vivienda

Alliance ofrece servicios de orientación para transiciones a la vivienda para ayudar a sus miembros a obtener una vivienda.

Elegibilidad

Miembros que tienen prioridad para una unidad de apoyo a la vivienda permanente o que cumplen la definición de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD), o si el miembro tiene barreras significativas para la estabilidad de la vivienda y cumple unos criterios adicionales.

Limitaciones

Estos servicios deben estar identificados como razonables y necesarios en el plan individualizado de apoyo a la vivienda del miembro. La duración del servicio puede ser tan larga como sea necesario.

Depósitos para vivienda

Alliance ofrece depósitos para vivienda con el fin de ayudar a los miembros a identificar, coordinar, obtener o financiar servicios de una única vez y las modificaciones necesarias para que puedan establecer un hogar básico (que no constituyan alojamiento y comida).

Elegibilidad

Miembros que hayan recibido servicios de orientación para la transición a la vivienda o un miembro que tenga prioridad para una unidad de apoyo a la vivienda permanente o que cumpla la definición de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD).

Limitaciones

Los depósitos para vivienda están disponibles una vez en la vida del miembro. Solo se pueden aprobar una (1) vez más con documentación sobre las condiciones que han cambiado para demostrar por qué el proporcionarle un depósito para vivienda tendría más éxito en el segundo intento.

Estos servicios deben estar identificados como razonables y necesarios en el plan individualizado de apoyo a la vivienda del miembro.

Además, las personas tienen que recibir los servicios de orientación para la transición a la vivienda junto con este servicio.

Servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda

Alliance ofrece servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda para ayudar a los miembros proporcionándoles servicios de alquiler y mantenimiento, con el objetivo de mantener una tenencia segura y estable una vez conseguida la vivienda.

Elegibilidad

Miembros que hayan recibido servicios de orientación para la transición a la vivienda o un miembro que tenga prioridad para una unidad de apoyo a la vivienda permanente o que cumpla la definición de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y

Desarrollo Urbano (HUD), o si la persona tiene barreras significativas para la estabilidad de la vivienda y cumple unos criterios adicionales.

Limitaciones

Estos servicios están disponibles desde el inicio del servicio hasta el momento en el que el plan de apoyo a la vivienda del miembro determine que ya no son necesarios. Solo están disponibles durante una única vez en la vida del miembro. Los servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda pueden aprobarse una (1) vez más con documentación sobre las condiciones que han cambiado para demostrar por qué proporcionarle los servicios de alquiler y mantenimiento de la vivienda tendría más éxito en el segundo intento.

Estos servicios deben estar identificados como razonables y necesarios en el plan individualizado de apoyo para la vivienda del miembro y están disponibles solo cuando el miembro es incapaz de mantener con éxito una vivienda a largo plazo sin dicha asistencia. La duración del servicio puede ser tan larga como sea necesario.

Muchos habrán recibido también servicios de orientación para la transición a la vivienda junto con este servicio, pero no es un requisito previo para su elegibilidad.

Atención para la recuperación (reemplazo médico)

Alliance ofrece atención para la recuperación (reemplazo médico) a personas que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad (incluidas las afecciones de salud del comportamiento) y cuyo estado se vería agravado por un entorno inestable. Esto también se considera atención residencial a corto plazo.

Elegibilidad

Miembros que corren el riesgo de ser hospitalizados o que se encuentran en una fase posterior a la hospitalización, miembros que viven solos sin ningún apoyo formal, miembros que enfrentan inseguridad de la vivienda o que tienen una vivienda que pondría en peligro su salud y seguridad si no se modifica, miembros que cumplen la definición de personas sin hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), o si el miembro tiene barreras significativas para la estabilidad de la vivienda y cumple unos criterios adicionales.

Limitaciones

Este servicio se usa cuando es necesario lograr o mantener la estabilidad médica y evitar el ingreso o el reingreso en el hospital, lo que puede requerir asistencia para la salud del comportamiento. Este servicio no puede durar más de 90 días ininterrumpidos y no incluye financiación para modificaciones o rehabilitación de viviendas.

Comidas adaptadas a las necesidades médicas/alimentos de apoyo médico

Alliance ofrece comidas adaptadas a las necesidades médicas/alimentos de apoyo médico que pueden enviarse a domicilio y que satisfacen las necesidades dietéticas específicas de las personas con enfermedades crónicas, inmediatamente después de recibir el alta del hospital o del hogar de ancianos.

Elegibilidad

Miembros con afecciones crónicas, como, por ejemplo, diabetes, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardiaca congestiva, derrame cerebral, trastornos pulmonares crónicos, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer, diabetes gestacional u otras afecciones perinatales de alto riesgo, y trastornos de salud mental o del comportamiento crónicos o incapacitantes; miembros que son dados de alta del hospital o de un centro de enfermería especializada, o con alto riesgo de hospitalización o ingreso en un centro de enfermería, o miembros con amplias necesidades de coordinación de la atención.

Limitaciones

Este servicio puede apoyar hasta dos (2) comidas al día o servicios de alimentación y nutrición de apoyo médico durante un máximo de 12 semanas o más si es médicamente necesario.

Estas comidas que son elegibles para reembolso o que ya son reembolsadas por programas alternativos no son elegibles.

Estas comidas no están cubiertas para responder únicamente a la inseguridad alimentaria.

Remediación del asma

Alliance ofrece servicios de remediación del asma, que son modificaciones físicas del entorno de un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o que le permiten desenvolverse en el hogar y sin las cuales los episodios agudos de asma podrían dar lugar a la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización.

Elegibilidad

Miembros con asma mal controlada (según lo determinado por una (1) consulta u hospitalización en la ER o dos (2) consultas por enfermedad o para recibir atención de urgencia en los últimos 12 meses o un puntaje de 19 o inferior en la prueba de control del asma) para los que un proveedor de atención médica con licencia haya documentado que el servicio probablemente evitará hospitalizaciones relacionadas con el asma, consultas en ER u otros servicios de alto costo.

Limitaciones

Si se dispone de otro servicio, como equipo médico duradero (DME), y con este se lograrían los mismos objetivos de prevenir emergencias u hospitalizaciones por asma, debería usarse ese servicio.

Si se dispone de otro servicio, como equipo médico duradero, y con este se lograrían los mismos objetivos de prevenir emergencias u hospitalizaciones por asma.

Las remediaciones del asma deben llevarse a cabo de acuerdo con los códigos de construcción locales y estatales aplicables.

Las remediaciones del asma son pagaderas hasta un máximo total de $7,500 durante toda la vida. La única excepción es si la afección del miembro ha cambiado de forma tan significativa que las modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o son necesarias para permitir al miembro funcionar con mayor independencia en el hogar y evitar la institucionalización o la hospitalización.

Las modificaciones para remediar el asma se limitan a las que suponen un beneficio médico o correctivo directo para el miembro y excluyen las adaptaciones o mejoras que son de utilidad general para el hogar. Las remediaciones pueden incluir acabados (por ejemplo, tablarroca y pintura) para devolver la vivienda a un estado habitable, pero no incluyen embellecimientos estéticos.

Antes de iniciar una adaptación física permanente de la vivienda o la instalación de equipos en esta, como la instalación de un extractor de aire o la sustitución de paneles de tablarroca mohosos, el plan de atención médica administrada debe proporcionar al propietario y al miembro la documentación escrita de que las modificaciones son permanentes y de que el estado no es responsable del mantenimiento o la reparación de ninguna modificación ni de la eliminación de ninguna modificación si el miembro deja de residir en la vivienda.

Transición/desviación de un centro de enfermería a centros de vida asistida

Alliance ofrece servicios de transición/desviación de centros de enfermería a centros de vida asistida, como centros de atención residencial para adultos mayores y centros residenciales para adultos para ayudar a las personas a vivir en la comunidad o evitar la institucionalización cuando sea posible.

Elegibilidad para la transición de un centro de enfermería

Miembros que hayan residido más de 60 días en un centro de enfermería y estén dispuestos a vivir en un centro de vida asistida como alternativa a un centro de enfermería y sean capaces de residir de forma segura en un centro de vida asistida con apoyos apropiados y asequibles.

Elegibilidad para la desviación de un centro de enfermería

Miembros interesados en permanecer en la comunidad, dispuestos y capaces de residir de forma segura en un centro de vida asistida con apoyos y servicios apropiados y asequibles, y deben estar recibiendo actualmente un nivel de atención (Level of Care, LOC) médicamente necesario de un centro de enfermería o cumplir los criterios mínimos para recibir el LOC de un centro de enfermería y, en lugar de ingresar en un centro, está optando por permanecer en la comunidad y seguir recibiendo los servicios del LOC médicamente necesarios de un centro de enfermería en un centro de vida asistida.

Limitaciones

Los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.

Servicios de transición a la comunidad/transición de un centro de enfermería al hogar

Alliance ofrece servicios de transición a la comunidad/transición del centro de enfermería al hogar, para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar una mayor institucionalización.

Elegibilidad

Miembros que actualmente reciben servicios de nivel de atención (LOC) médicamente necesarios de un centro de enfermería y que, en lugar de permanecer en el centro de enfermería o en un entorno de reposo médico, optan por hacer la transición al hogar y seguir recibiendo los servicios de LOC médicamente necesarios de un centro de

enfermería, han vivido más de 60 días en un centro de enfermería o en un entorno de reposo médico, están interesados en regresar a la comunidad y pueden residir de forma segura en la comunidad con apoyos y servicios adecuados y asequibles.

Limitaciones

Este servicio no incluye gastos mensuales de renta o hipoteca, comida, gastos regulares por servicios públicos o electrodomésticos o artículos destinados a fines puramente lúdicos o recreativos.

Este servicio es pagadero hasta un monto máximo total de $7,500 durante toda la vida. La única excepción es si el miembro se ve obligado a mudarse de un modo de vida dirigido por un proveedor a un modo de vida en una residencia privada por circunstancias ajenas a su voluntad.

Este servicio debe ser necesario para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, y sin este sería incapaz de mudarse a la residencia privada y entonces requeriría la continuidad o la reinstitucionalización.

Servicios de atención personal y ayuda con las tareas del hogar

Alliance ofrece servicios de atención personal y de ayuda con las tareas del hogar a los miembros para las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) como bañarse, vestirse, ir al baño, deambular o alimentarse. Los servicios también pueden incluir preparación de comidas, compra de alimentos y administración del dinero.

Elegibilidad

Miembros en riesgo de hospitalización o institucionalización en un centro de enfermería, o personas con deficiencias funcionales y ningún otro sistema de apoyo adecuado, o personas aprobadas para recibir Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS). Puede informarse sobre la elegibilidad para IHSS en www.CDSS.CA.GOV/In-Home-Supportive-Services.

Limitaciones

Este servicio no puede usarse en lugar de la remisión al programa de IHSS. Se debe remitir a un miembro a IHSS cuando cumpla los criterios de remisión.

Si un miembro que recibe servicios de atención personal y de ayuda con las tareas del hogar tiene algún cambio en su condición actual, deberá ser remitido a IHSS para que

se realice una reevaluación para determinar la necesidad de horas adicionales. Los miembros pueden seguir recibiendo este servicio durante el periodo de espera de la reevaluación.

Servicios de relevo (cuidador)

Alliance ofrece servicios de relevo (cuidador) a los cuidadores de miembros que requieren atención temporal a corto plazo mientras su cuidador principal no está disponible.

Elegibilidad

Miembros que viven en la comunidad y son incapaces de realizar sus actividades de la vida diaria y dependen de un cuidador calificado que les proporciona la mayor parte de su apoyo y que necesitan un recurso para evitar que el miembro se traslade a un centro; niños que anteriormente tenían cobertura para servicios de relevo conforme a la dispensa de atención paliativa pediátrica, beneficiarios de cuidados de crianza temporal, miembros inscritos en Servicios para Niños de California (CCS) o en el Programa para Personas con Discapacidades Genéticas (Genetically Handicapped Persons Program, GHPP) y miembros con necesidades de atención compleja.

Limitaciones

En el ámbito del hogar, estos servicios, en combinación con cualquier servicio de atención directa que esté recibiendo el miembro, no pueden superar las 24 horas diarias de atención.

El servicio está limitado a 336 horas por año calendario. Se pueden hacer excepciones con la autorización de Alliance.

Este servicio es solo para evitar la colocación, de la que sería responsable Alliance.

Los servicios de relevo no pueden proporcionarse virtualmente, ni a través de la telesalud.

Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar)

Alliance ofrece a sus miembros adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar) para realizar cambios físicos en la vivienda, de modo que la persona pueda permanecer en su propio hogar y evitar tener que ir a un centro.

Elegibilidad

Miembros que corren el riesgo de ser institucionalizados en un centro de enfermería.

Limitaciones

Si se dispone de otro servicio, como DME, y con este se lograrían los mismos objetivos de independencia y se evitaría la institucionalización, debería usarse ese servicio.

Las adaptaciones de accesibilidad ambiental (Environmental Accessibility Adaptations, EAA) deben realizarse de acuerdo con los códigos de construcción estatales y locales aplicables. Las EAA son pagaderas hasta un máximo total de $7,500 durante toda la vida. Las únicas excepciones son si el lugar de residencia del miembro cambia o si la condición del miembro ha cambiado tan significativamente que las modificaciones adicionales son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o son necesarias para permitir al miembro funcionar con mayor independencia en el hogar y evitar la institucionalización o la hospitalización.

Las modificaciones se limitan a las que suponen un beneficio médico o correctivo directo para el miembro y excluyen las adaptaciones o mejoras que son de utilidad general para el hogar. Quedan excluidas las adaptaciones que agregan metros cuadrados al total de la vivienda, excepto cuando son necesarias para completar una adaptación (por ejemplo, para mejorar la entrada/el acceso a una residencia o para configurar un cuarto de baño para acomodar una silla de ruedas).

Trasplante de órganos importantes

Trasplantes para niños menores de 21 años

En el Condado de Alameda, la ley estatal exige que los niños que necesiten trasplantes sean remitidos al programa de Servicios para Niños de California (CCS) para decidir si el niño califica para CCS. Si el niño califica para CCS, este cubrirá los costos del trasplante y los servicios relacionados.

Si el niño no califica para CCS, Alliance remitirá al niño a un centro de trasplantes calificado para su evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que el trasplante sería necesario y seguro, Alliance cubrirá el trasplante y los servicios relacionados.

Trasplantes para adultos de 21 años o mayores

Si su médico decide que puede necesitar un trasplante de órganos importantes, Alliance lo remitirá a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que el trasplante es necesario y seguro para su afección médica, Alliance cubrirá el trasplante y los servicios relacionados.

Los trasplantes de órganos importantes que cubre Alliance incluyen, entre otros, los siguientes:

- médula ósea
- corazón
- corazón/pulmón
- riñón
- riñón/páncreas
- hígado
- hígado/intestino delgado
- pulmón
- páncreas
- intestino delgado

Programas de medicina de calle

Los miembros que se encuentren sin hogar pueden recibir servicios cubiertos de proveedores de medicina de calle dentro de la red de proveedores de Alliance. Un proveedor de medicina de calle es un médico de atención primaria con licencia o un profesional no médico de atención primaria dentro de la red.

Los miembros que se encuentren sin hogar pueden seleccionar un proveedor de medicina de calle de Alliance para que sea su proveedor de atención primaria (PCP) si el proveedor de medicina de calle cumple los criterios de elegibilidad para ser PCP y acepta ser el PCP del miembro. Para obtener más información sobre el programa de medicina de calle de Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Otros programas y servicios de Medi-Cal

Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de honorarios por servicios (FFS) u otros programas de Medi-Cal

Alliance no cubre algunos servicios, pero de todos modos puede obtenerlos a través de Medi-Cal de FFS u otros programas de Medi-Cal. Alliance se coordinará con otros programas para asegurarse de que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluidos los cubiertos por otro programa y no por Alliance. Esta sección enumera algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Medicamentos recetados cubiertos por Medi-Cal Rx

Los medicamentos recetados dispensados por una farmacia están cubiertos por Medi-Cal Rx, que es un programa de FFS de Medi-Cal. Alliance podría cubrir algunos de los medicamentos que un proveedor proporciona en un consultorio o clínica. Si su proveedor le receta medicamentos administrados en el consultorio del médico, en un centro de infusión o por un proveedor de servicios de infusión en el hogar, estos se consideran medicamentos administrados por el médico.

Si un profesional de atención médica que no es parte de una farmacia le administra un medicamento, este está cubierto por el beneficio médico. Su proveedor puede recetarle medicamentos de la Lista de medicamentos contratados de Medi-Cal Rx.

A veces, usted necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos contratados. Estos medicamentos necesitan una aprobación antes de que usted pueda surtir la receta médica en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará y tomará decisiones respecto a estas solicitudes en un plazo de 24 horas.

- Un farmacéutico de su farmacia para pacientes ambulatorios puede darle un suministro de emergencia para 14 días si cree que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará los medicamentos de emergencia que le suministre una farmacia para pacientes ambulatorios.

- Es posible que Medi-Cal Rx rechace una solicitud que no sea de emergencia. Si lo hace, le enviará una carta para explicarle el motivo. Le dirán cuáles son sus opciones. Para obtener más información, lea “Quejas” en el Capítulo 6 de este manual.

Para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos contratados o para obtener una copia de la Lista de medicamentos contratados, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Farmacias

Si va a surtir o resurtir una receta, debe recibir sus medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de las farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/. También puede encontrar una farmacia cercana o una farmacia que pueda enviarle su receta médica por correo llamando a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711).

Una vez que elija una farmacia, lleve su receta médica a la farmacia. Su proveedor también puede enviarla a la farmacia por usted. Entregue su receta médica en la farmacia junto con su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal. Asegúrese de que la farmacia conozca todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna duda sobre su receta médica, pregunte al farmacéutico.

Los miembros también pueden obtener servicios de transporte de Alliance para llegar a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” en el Capítulo 4 de este manual.

Servicios especializados de salud mental

Algunos servicios de salud mental los proporcionan los planes de salud mental del condado en lugar de Alliance. Entre ellos se incluyen los servicios especializados de salud mental (SMHS) para los miembros de Medi-Cal que cumplen los criterios para los SMHS.

Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y hospitalizados:

Servicios para pacientes ambulatorios:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios de tratamiento diurno intensivo
- Servicios diurnos de rehabilitación
- Servicios de intervención ante una crisis
- Servicios de estabilización ante una crisis
- Administración de casos seleccionados
- Servicios del comportamiento terapéuticos cubiertos para miembros menores de 21 años
- Coordinación de cuidados intensivos (Intensive Care Coordination, ICC) cubierta para miembros menores de 21 años
- Servicios intensivos en el hogar (Intensive Home-Based Services, IHBS) cubiertos para miembros menores de 21 años
- Atención de crianza temporal terapéutica (Therapeutic Foster Care, TFC) cubierta para miembros menores de 21 años
- Servicios de apoyo entre pares (Peer Support Services, PSS) (opcional)

Servicios residenciales:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento de crisis a domicilio

Servicios para pacientes hospitalizados:

- Servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Servicios en un centro de salud psiquiátrica

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado. Para consultar en línea los números telefónicos gratuitos de todos los condados, visite https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx.

Si Alliance determina que necesitará servicios del plan de salud mental del condado, Alliance le ayudará a comunicarse con los servicios del plan de salud mental del condado.

Servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias

Alliance exhorta a los miembros que quieran ayuda con el abuso de alcohol u otras sustancias a buscar atención. Los servicios para el abuso de sustancias están disponibles a través de proveedores de atención general, como departamentos de atención primaria, de pacientes hospitalizados y de emergencia, y a través de proveedores de servicios especializados en el abuso de sustancias. Los planes de salud del comportamiento del condado frecuentemente proporcionan servicios especializados.

Para obtener más información sobre opciones de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias, llame a la línea gratuita de Servicios de Cuidado de la Salud del Comportamiento del Condado de Alameda, Programa ACCESS, al 1-800-491-9099.

Los miembros de Alliance pueden someterse a una evaluación para que se les asignen los servicios que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias de salud. Cuando son médicamente necesarios, los servicios disponibles incluyen tratamiento para pacientes ambulatorios, tratamiento residencial y medicamentos para trastornos por abuso de sustancias (también llamados tratamiento asistido por medicamentos [Medication Assisted Treatment, MAT]) como buprenorfina, metadona y naltrexona.

El condado proporciona servicios para trastornos por abuso de sustancias a los miembros de Medi-Cal que califican para estos servicios. Los miembros identificados para los servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias son remitidos al departamento de su condado para su tratamiento. Para obtener una lista de los números de teléfono de todos los condados, visite https://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

Alliance proporcionará o tramitará que se le dé MAT en departamentos de atención primaria, de pacientes hospitalizados, de emergencias y en otros entornos médicos.

Servicios dentales

El Programa Dental de FFS de Medi-Cal es el mismo que el de Medi-Cal de FFS para sus servicios dentales. Antes de recibir servicios dentales, tiene que mostrar su BIC al proveedor dental. Asegúrese de que el proveedor acepta el Programa Dental de FFS y de que usted no forma parte de un plan de atención médica administrada que cubra servicios dentales.

Medi-Cal cubre una amplia gama de servicios dentales a través del Programa Dental de Medi-Cal, entre los que se incluyen:

- servicios dentales de diagnóstico y preventivos como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- servicios de emergencia para controlar el dolor
- extracciones de dientes
- amalgamas
- tratamientos de los conductos radiculares (anteriores/posteriores)
- coronas (prefabricadas/de laboratorio)
- tartrectomía y alisado radicular
- dentaduras postizas completas o parciales
- ortodoncia para los niños que califiquen
- flúor tópico

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame a la línea gratuita del Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o al 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en www.dental.dhcs.ca.gov o https://smilecalifornia.org.

Servicios para Niños de California (CCS)

CCS es un programa de Medi-Cal que trata a niños menores de 21 años con ciertas afecciones, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen las reglas del programa CCS. Si Alliance o su PCP piensan que su hijo tiene una afección que lo hace elegible para CCS, será remitido al programa CCS del condado para revisar si califica.

El personal del programa de CCS del condado decidirá si su hijo califica para los servicios de CCS. Alliance no decide la elegibilidad para CCS. Si su hijo califica para recibir este tipo de atención médica, los proveedores de CCS tratarán su afección elegible para CCS. Alliance seguirá cubriendo los tipos de servicio que no estén relacionados con la afección que lo califican para CCS, como exámenes físicos, vacunas y revisiones de bienestar infantil.

Alliance no cubre los servicios que cubre el programa de CCS. Para que CCS cubra estos servicios, debe aprobar al proveedor, los servicios y el equipo.

CCS no cubre todas las afecciones. CCS cubre la mayoría de las afecciones que incapacitan físicamente o que necesitan tratamiento con medicamentos, cirugía o rehabilitación.

Entre los ejemplos de condiciones elegibles para CCS se incluyen:

- enfermedad cardiaca congénita
- cáncer
- tumores
- hemofilia
- anemia falciforme
- problemas de tiroides
- diabetes
- problemas renales graves y crónicos
- enfermedad hepática
- enfermedad intestinal
- labio y paladar hendido
- espina bífida
- pérdida de la audición
- cataratas
- parálisis cerebral
- convulsiones bajo ciertas circunstancias
- artritis reumatoide
- distrofia muscular
- SIDA
- lesiones graves de la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- quemaduras severas
- dientes con desviaciones graves

Medi-Cal paga los servicios de CCS. Si su hijo no califica para los servicios del programa de CCS, seguirá recibiendo la atención médicamente necesaria de Alliance.

Para obtener más información sobre CCS, visite https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs. O llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Sección 1915(c) dispensa para Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)

Según las seis dispensas de Medi-Cal contempladas en la sección 1915(c), el estado de California puede proporcionar servicios a personas que, de otro modo, necesitarían atención en un centro de enfermería o en un hospital, en el entorno comunitario de su elección. Medi-Cal tiene un acuerdo con el gobierno federal que permite que los servicios contemplados en las dispensas se ofrezcan en un hogar privado o en un entorno comunitario similar a un hogar. Los servicios ofrecidos conforme a las dispensas no deben tener un costo superior al nivel de atención institucional alternativo. Los beneficiarios de las dispensas para Servicios en el Hogar y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) deben reunir los requisitos de Medi-Cal completo.

Las seis dispensas de Medi-Cal contempladas en la sección 1915(c) son:

- Dispensa para vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW) de California
- Dispensa para el Programa de Autodeterminación (Self-Determination Program,

SDP) de California para personas con discapacidades del desarrollo
- Dispensa para HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (Home and Community Based Services for the Developmentally Disabled, HCBS-DD)
- Dispensa para alternativas basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)
- Programa de Dispensa de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP), antes llamado Dispensa para el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)
- Programa Multipropósito de Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

Para obtener más información sobre las dispensas de Medi-Cal, visite https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx. O llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El programa Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) proporciona asistencia para el cuidado personal en el hogar a las personas mayores, ciegas y discapacitadas que califiquen como una alternativa a la atención fuera del hogar. Permite a los beneficiarios permanecer de forma segura en sus propios hogares.

Para obtener más información sobre los IHSS disponibles en su condado, visite www.CDSS.CA.GOV/inforesources/ihss. O llame a la agencia local de servicios sociales de su condado.

Servicios que no pueden obtenerse a través de Alliance o Medi-Cal

Alliance y Medi-Cal no cubren algunos servicios. Los servicios que Alliance o Medi-Cal no cubren son, entre otros:

- fertilización in vitro (FIV), lo que incluye, pero no se limita a, estudios de infertilidad o procedimientos para diagnosticar o tratar la infertilidad
- conservación de la fertilidad
- servicios experimentales
- modificaciones al hogar
- modificaciones a los vehículos
- cirugía estética

Alliance puede cubrir un servicio no cubierto si es médicamente necesario. Su proveedor debe enviar una solicitud de aprobación previa (autorización previa) al Departamento de Gestión de Utilización de Alliance con los motivos por los que el beneficio no cubierto es médicamente necesario.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

Alliance cuenta con un proceso para revisar tecnologías nuevas o experimentales, así como nuevas formas de usar la tecnología existente. El proceso de Alliance para revisar tecnología nueva o experimental cumple con los estándares establecidos por la sección 422.202(b) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

La evaluación de nuevos desarrollos tecnológicos y de nuevas aplicaciones de la tecnología existente tiene por objeto garantizar que los miembros de Alliance tengan un acceso equitativo a una atención segura y eficaz. Alliance revisa las nuevas tecnologías y aplicaciones de la tecnología existente para su inclusión en los beneficios del plan.

Esta revisión abarca lo siguiente:

- procedimientos médicos
- procedimientos para el cuidado de la salud del comportamiento
- productos farmacéuticos
- dispositivos

5. Atención para el bienestar de niños y jóvenes

Los niños y jóvenes miembros menores de 21 años pueden recibir servicios médicos especiales desde el momento en el que se inscriben. Esto garantiza que reciban la atención preventiva, dental y de salud mental adecuada, incluidos servicios especializados y de desarrollo. En este capítulo, se explican estos servicios.

Servicios pediátricos (niños menores de 21 años)

Los miembros menores de 21 años están cubiertos para la atención necesaria. La siguiente lista incluye servicios médicamente necesarios para tratar o atender cualquier defecto y diagnóstico físico o mental.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- consultas de bienestar infantil y revisiones de adolescentes (consultas importantes que necesitan los menores)
- inmunizaciones (vacunas)
- evaluación y tratamiento de salud del comportamiento
- evaluación y tratamiento de salud mental, incluida la psicoterapia individual, de grupo y familiar (los servicios especializados de salud mental están cubiertos por el condado)
- pruebas de detección de experiencias adversas en la infancia (ACE)
- pruebas de laboratorio, lo que incluye pruebas de detección de intoxicación por plomo en sangre
- educación de salud y preventiva
- servicios de la vista
- servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental)

- servicios de audición (cubiertos por Servicios para Niños de California (CCS) para los niños cumplan los requisitos; Alliance cubrirá los servicios para los niños que no sean elegibles para CCS)

Estos servicios se conocen como Servicios de pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT). Los EPSDT recomendados por las pautas de la iniciativa Bright Futures (Futuros Brillantes) de los pediatras para ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse saludable están cubiertos sin costo alguno para usted. Para leer estas pautas, visite https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

Revisiones de bienestar infantil y atención preventiva

La atención preventiva incluye revisiones médicas periódicas, exámenes para ayudar al médico a detectar problemas a tiempo y servicios de asesoramiento para detectar enfermedades, dolencias o afecciones médicas antes de que causen problemas. Las revisiones periódicas le ayudan a usted o al médico de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, de la audición, de salud mental y por abuso de alguna sustancia (alcohol o drogas). Alliance cubre las revisiones para detectar problemas (junto con la evaluación del nivel de plomo en sangre) en cualquier momento que sea necesario, aunque no sea durante su revisión periódica o la de su hijo.

La atención preventiva también incluye las vacunas que usted o su hijo necesiten. Alliance tiene que asegurarse de que todos los niños inscritos estén al día con todas las vacunas que necesitan cuando tengan sus consultas con el médico. Los servicios de atención preventiva y las pruebas de detección están disponibles sin costo y sin aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debe someterse a revisiones a las edades siguientes:

- de 2 a 4 días después de nacer
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- una vez al año de los 3 a los 20 años

Las revisiones de bienestar infantil incluyen:

- un historial completo y un examen físico de pies a cabeza
- vacunas acorde a su edad (California sigue el calendario de "Bright Futures" de la American Academy of Pediatrics: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- pruebas de laboratorio, lo que incluye pruebas de detección de intoxicación por plomo en sangre
- educación sobre la salud
- pruebas de detección de visión y audición
- pruebas de detección de salud dental
- evaluación de salud del comportamiento

Si el médico detecta algún problema en su salud física o mental o en la de su hijo durante una revisión o una prueba de detección, es posible que usted o su hijo necesiten recibir atención médica.

Alliance cubrirá esa atención sin costo alguno para usted, incluyendo:

- atención de médicos, enfermeras profesionales con práctica médica y cuidados hospitalarios
- vacunas para mantenerlo saludable
- terapia física, del habla y del lenguaje, y ocupacional
- servicios de salud en el hogar, incluidos equipos, suministros y aparatos médicos
- tratamiento de problemas de visión, lo que incluye anteojos
- tratamiento de problemas auditivos, incluidos aparatos de corrección auditiva cuando no estén cubiertos por CCS
- tratamiento de salud del comportamiento para afecciones como los trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo
- administración de casos y educación para la salud
- cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anormalidades del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, para mejorar la función o crear una apariencia normal

Pruebas de detección de intoxicación por plomo en sangre

Todos los niños inscritos en Alliance deben hacerse pruebas de detección de intoxicación por plomo en sangre entre los 12 y los 24 meses de edad o entre los 36 y los 72 meses si no se las hicieron antes. Los niños también deben hacerse pruebas de detección siempre que el médico considere que un cambio en su vida puso al niño en riesgo.

Ayuda para obtener servicios de atención al bienestar de niños y jóvenes

Alliance ayudará a los miembros menores de 21 años y sus familias a que reciban los servicios que necesitan.

Un coordinador de atención de Alliance puede:

- informarle sobre los servicios disponibles
- ayudarle a encontrar proveedores dentro o fuera de la red cuando sea necesario
- ayudarle a hacer citas
- programar transporte médico para que los niños puedan acudir a sus citas
- ayudar a coordinar la atención de los servicios disponibles a través de Medi-Cal de honorarios por servicios (FFS), como los siguientes:
    - tratamiento y servicios de rehabilitación para la salud mental y para los trastornos por el abuso de sustancias
    - tratamiento para los problemas dentales, incluyendo ortodoncia

Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de honorarios por servicios (FFS) u otros programas

Revisiones dentales

Mantenga las encías de su bebé limpias lavándoselas suavemente con una toallita todos los días. Alrededor de los cuatro a seis meses, la "dentición" comenzará cuando los dientes de leche empiecen a salir. Debe programar una cita para la primera consulta con el dentista de su hijo en cuanto le salga el primer diente o antes de su primer cumpleaños, lo que ocurra primero.

Estos servicios dentales de Medi-Cal son servicios gratuitos o de bajo costo para:

bebés de 1 a 4 años

- primera consulta del bebé con el dentista
- primer examen dental del bebé
- exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- radiografías
- limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- barnizado de fluoruro (cada 6 meses y a veces más)
- amalgamas
- extracción de dientes
- servicios dentales de emergencia
- *sedación (si es médicamente necesaria)

niños de 5 a 12 años

- exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- radiografías
- barnizado de fluoruro (cada 6 meses y a veces más)
- limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- selladores molares
- amalgamas
- endodoncia
- extracción de dientes
- servicios dentales de emergencia
- *sedación (si es médicamente necesaria)

Jóvenes de 13 a 20 años

- exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- radiografías
- barnizado de fluoruro (cada 6 meses y a veces más)
- limpieza dental (cada 6 meses y a veces más)
- ortodoncia (frenos) para los que cumplan los requisitos
- amalgamas
- coronas
- endodoncia
- extracción de dientes
- servicios dentales de emergencia
- *sedación (si es médicamente necesaria)

*Los proveedores deben considerar la sedación y la anestesia general cuando determinen y documenten una razón por la que la anestesia local no es médicamente apropiada, y el tratamiento dental esté aprobado previamente o no necesite aprobación previa (autorización previa).

Estas son algunas de las razones por las que no se puede usar anestesia local y en su lugar se puede usar sedación o anestesia general:

- condición física, del comportamiento, de desarrollo o emocional que impida al paciente responder a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento
- procedimientos restauradores o quirúrgicos mayores
- niño poco cooperativo
- infección aguda en el lugar de la inyección
- la falla de un anestésico local para controlar el dolor

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o al 711). O visite https://smilecalifornia.org/.

Servicios adicionales de remisión de educación preventiva

Si le preocupa que su hijo no participe y aprenda bien en la escuela, hable con el médico de su hijo, con los profesores o con los administradores de la escuela. Además de sus beneficios médicos cubiertos por Alliance, hay servicios que la escuela debe proporcionar para ayudar a que su hijo aprenda y no se quede atrás.

Los servicios que se pueden proporcionar para ayudar a su hijo a aprender incluyen:

- servicios de habla y lenguaje
- servicios psicológicos
- terapia física
- terapia ocupacional
- tecnología de asistencia
- servicios de trabajo social
- servicios de asesoría
- servicios de enfermería escolar
- transporte de ida y vuelta a la escuela

El Departamento de Educación de California proporciona y paga estos servicios. Junto con los médicos y los profesores de su hijo, puede elaborar el plan personalizado que mejor ayude a su hijo.

6. Cómo reportar y solucionar problemas

Hay dos maneras de reportar y resolver problemas:

- Use una **queja** (**reclamo**) cuando tenga un problema o esté descontento con Alliance o un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibió de un proveedor.
- Use una **apelación** cuando no esté de acuerdo con la decisión de Alliance de cambiar sus servicios o de no cubrirlos.

Tiene derecho a presentar reclamos y apelaciones ante Alliance para comunicarnos su problema. Esto no elimina ninguno de sus derechos ni recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentarnos una queja o por reportar problemas. Contarnos su problema nos ayudará a mejorar la atención a todos los miembros.

Puede comunicarse primero con el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance para informarnos de su problema.

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

- **Por teléfono**: comuníquese con nosotros de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita 1-877-932-2738. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito**: llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
  Alameda Alliance for Health
  ATTN: Alliance Grievance and Appeals Department
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502
- **En persona:** vaya al consultorio de su médico o a Alliance y diga que desea presentar un reclamo.
- **Por medios electrónicos**: visite el sitio web de Alliance en **www.alamedaalliance.org**.

Si su reclamo o apelación sigue sin resolverse después de 30 días o si no está satisfecho con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California. Pídales que revisen su queja o que lleven a cabo una Evaluación Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Si su asunto es urgente, como los que involucran una amenaza grave para su salud, puede llamar inmediatamente al DMHC sin presentar primero un reclamo o una apelación ante Alliance. Puede llamar gratuitamente al DMHC al 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o al 711). O visite https://www.dmhc.ca.gov.

El Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) también puede ayudar. Le puede ayudar si tiene problemas para inscribirse, cambiarse o abandonar su plan de salud. También puede ayudarle si se mudó y está teniendo problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al mediador de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-888-452-8609. La llamada es gratuita.

También puede presentar un reclamo sobre su elegibilidad para Medi-Cal ante la oficina de elegibilidad de su condado. Si no está seguro sobre con quién puede presentar su queja, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Para reportar información incorrecta sobre su seguro médico, llame a Medi-Cal de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 1-800-541-5555.

Quejas

Una queja (reclamo) es cuando tiene un problema o está insatisfecho con los servicios que está recibiendo de Alliance o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una queja. Puede presentar una queja ante Alliance en cualquier momento por teléfono, por escrito o en línea. Su representante autorizado o proveedor también puede presentar una queja por usted con su permiso.

- **Por teléfono:** llame al Departamento de Servicios al Miembro al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Proporcione su número de identificación del plan de salud, su nombre y el motivo de su queja.
- **Por correo:** llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711) y pida que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo.

Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan de salud y el motivo de su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.

Envíe el formulario a:

Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

En el consultorio de su médico tendrán formularios de quejas.

- **En línea:** visite el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Si necesita ayuda para presentar su queja, nosotros podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos sin costo. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En un periodo de 5 días naturales después de recibir su queja, le enviaremos una carta para confirmar que la recibimos. En un periodo de 30 días, le enviaremos otra carta para decirle cómo resolvimos su problema. Si llama a Alliance por un reclamo que no sea sobre la cobertura de atención médica, una necesidad médica o un tratamiento experimental o de investigación y si su reclamo se resuelve al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si tiene un asunto urgente relacionado con un problema de salud grave, iniciaremos una revisión expedita (rápida). Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas. Para solicitar una revisión expedita, llámenos al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En las 72 horas siguientes a la recepción de su queja, decidiremos cómo la tramitaremos y si la agilizaremos. Si consideramos que no vamos a agilizar su queja, le comunicaremos que resolveremos su queja en un plazo de 30 días. Puede comunicarse directamente con el DMHC por cualquier motivo, incluso si cree que su inquietud califica para una revisión expedita o si Alliance no le responde en el plazo de 72 horas.

Las quejas relacionadas con los beneficios farmacéuticos de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de reclamos de Alliance ni son elegibles para una Evaluación Médica Independiente. Los miembros pueden enviar quejas sobre los beneficios farmacéuticos de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711). O visite https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Las quejas relacionadas con los beneficios farmacéuticos no sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una Evaluación Médica Independiente. El número de teléfono gratuito del DMHC es el 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de queja/Evaluación Médica Independiente y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: https://www.dmhc.ca.gov/.

Apelaciones

Una apelación es diferente de una queja. Una apelación es una solicitud para que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre sus servicios. Si le enviamos una carta de Aviso de acción (NOA) para decirle que denegamos, retrasamos, cambiamos o cancelamos un servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Su representante autorizado o proveedor también puede presentarnos una apelación en su nombre con su permiso por escrito.

Debe presentar una apelación en un periodo de 60 días a partir de la fecha que se menciona en el NOA que recibió de nosotros. Si decidimos reducir, suspender o interrumpir un servicio que está recibiendo ahora, puede seguir recibiéndolo mientras espera a que se decida su apelación. Esto se denomina ayuda pagada pendiente. Para obtener la ayuda pagada pendiente, usted debe presentarnos una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha del NOA o antes de la fecha en la que le comunicamos que se suspenderán sus servicios, la que sea posterior. Cuando presente una apelación en estas circunstancias, los servicios continuarán.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Proporcione su nombre, el número de identificación del plan de salud y el servicio que va a apelar.
- **Por correo:** llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711) y pida que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan de salud y el motivo de su apelación.

  Envíe el formulario a:

  Alameda Alliance for Health
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

El consultorio de su médico tendrá disponibles los formularios de apelación.
- **En línea:** visite el sitio web de Alliance. Visite www.alamedaalliance.org.

Si necesita ayuda para solicitar una apelación o con la ayuda pagada pendiente, podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos sin costo. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En un periodo de 5 días después de recibir su apelación, le enviaremos una carta para confirmarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra decisión sobre la apelación y le enviaremos una carta de Notificación de resolución de la apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación en un plazo de 30 días, puede solicitar una audiencia estatal al Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, CDSS) y una Evaluación Médica Independiente (IMR) al DMHC. Pero si primero solicita una audiencia estatal y esta ya se llevó a cabo, no puede solicitar una IMR al DMHC. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

Si usted o su médico desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo para decidir sobre su apelación pondría en peligro su vida, salud o capacidad de funcionamiento, puede pedir una revisión expedita (rápida). Para solicitar una revisión expedita, comuníquese con nosotros en el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711). Decidiremos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.

Qué hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre la apelación

Si solicitó una apelación y recibió una carta de NAR en la que se le informa que no cambiamos nuestra decisión o si nunca recibió una carta de NAR y ya pasaron 30 días, usted puede:

- Solicitar una **audiencia estatal** del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y un juez revisará su caso. El número de teléfono gratuito del CDSS es el 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). También puede solicitar una audiencia estatal en línea en www.CDSS.CA.GOV.

- Presentar un formulario de queja/Evaluación Médica Independiente ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) para que se revise la decisión de Alliance. O solicite una **Evaluación Médica Independiente (IMR)** al DMHC. Si su queja califica para el proceso de Evaluación Médica Independiente (IMR) del DMHC, un médico externo que no forma parte de Alliance revisará su caso y tomará una decisión que Alliance deberá seguir.
- El número de teléfono gratuito del DMHC es el 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de queja/Evaluación Médica Independiente y las instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: https://www.dmhc.ca.gov.

No tiene que pagar las audiencias estatales ni las IMR.

Usted tiene derecho a una audiencia estatal y a una IMR. Pero si primero solicita una audiencia estatal y esta ya se llevó a cabo, no puede solicitar una IMR. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

Las secciones siguientes tienen más información sobre cómo pedir una audiencia estatal y una IMR.

Alliance no se encarga de las quejas ni las apelaciones relacionadas con los beneficios farmacéuticos de Medi-Cal Rx. Puede enviar quejas y apelaciones sobre los beneficios farmacéuticos de Medi-Cal Rx llamando al 1-800-977-2273 (TTY, presione 7 o llame al 711). Las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios farmacéuticos no sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una Evaluación Médica Independiente (IMR).

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su beneficio farmacéutico de Medi-Cal Rx, puede solicitar una audiencia estatal. No puede solicitar al DMHC una IMR para las decisiones sobre los beneficios farmacéuticos de Medi-Cal Rx.

Quejas y Evaluaciones Médicas Independientes (IMR) ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)

Una IMR es cuando un médico externo que no tiene relación con su plan de salud revisa su caso. Si desea una IMR, primero debe presentar una apelación ante Alliance. Si no tiene noticias de su plan de salud en un periodo de 30 días calendario, o, si no está satisfecho con la decisión de su plan de salud, puede solicitar una IMR. Debe

solicitar una IMR en un plazo de 6 meses a partir de la fecha del aviso en el que se le informa sobre la decisión de la apelación, pero solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal, por lo que, si desea una IMR y una audiencia estatal, presente su queja lo antes posible. Recuerde: si primero solicita una audiencia estatal, pero la audiencia ya se llevó a cabo, no puede solicitar una IMR. En este caso, la audiencia estatal tiene la última palabra.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato sin tener que presentar primero una apelación ante Alliance. Se trata de casos en los que su problema de salud es urgente, como los que implican una amenaza grave para su salud.

Si su queja ante el DMHC no califica para una IMR, el DMHC aún revisará su queja para asegurarse de que Alliance tomó la decisión correcta cuando usted apeló su denegación de servicios.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de atención médica. 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 al **1-877-932-2738** (TTY **1-800-735-2929** o al 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 Evaluación Médica Independiente (IMR). Si resulta elegible para una IMR, el procedimiento de la 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 urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con impedimentos auditivos y del habla. El sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov/**, tiene formularios de quejas, solicitudes para una IMR e instrucciones en línea.

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con Alliance y un juez del CDSS. El juez le ayudará a resolver su problema o le dirá que tomamos la decisión correcta. Tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si ya presentó una apelación ante nosotros y sigue sin estar satisfecho con nuestra decisión o si no obtuvo una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 120 días a partir de la fecha de nuestra carta de NAR. Si le dimos ayuda pagada pendiente durante su apelación y quiere que esta continúe hasta que haya una decisión sobre su audiencia estatal, debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de 10 días después de recibir nuestra carta de NAR o antes de la fecha en la que dijimos que finalizarán sus servicios, lo que ocurra más tarde.

Si necesita ayuda para asegurarse de que la ayuda pagada pendiente continuará hasta que haya una decisión final sobre su audiencia estatal, comuníquese con Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. llamando al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita 1-877-932-2738. Si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-735-2929. Su representante autorizado o su proveedor puede solicitar una audiencia estatal en su nombre con su permiso por escrito.

A veces, puede solicitar una audiencia estatal sin completar nuestro proceso de apelación. Por ejemplo, si no le notificamos correctamente o a tiempo sobre sus servicios, puede solicitar una audiencia estatal sin tener que completar nuestro proceso de apelación. Esto se denomina agotamiento declarado.

A continuación, se mencionan algunos ejemplos de agotamiento declarado:

- No pusimos a su disposición una carta de NOA o de NAR en su idioma preferido.
- Cometimos un error que afecta alguno de sus derechos.
- No le dimos una carta de NOA.
- No le dimos una carta de NAR.
- Cometimos un error en la carta de NAR.
- No resolvimos su apelación en el plazo de 30 días. Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación en un plazo de 72 horas.

Puede solicitar una audiencia estatal de estas formas:

- **En línea:** solicite una audiencia en línea en www.CDSS.CA.GOV**.**
- **Por fax:** llene el formulario que venía con su aviso de resolución de apelación y envíelo por fax a la División de Audiencias Estatales al 1-833-281-0905**.**
- **Por teléfono:** llame a la División de Audiencias Estatales al 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 o al 711)**.**
- **Por correo**: llene el formulario proporcionado con su aviso de resolución de apelación y envíelo a la siguiente dirección:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, MS 09-17-442
  Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para pedir una audiencia estatal, nosotros podemos ayudarle. Podemos ofrecerle servicios lingüísticos sin costo. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

En la audiencia, usted dará su versión de los hechos. Nosotros daremos la nuestra. El juez podría tardar hasta 90 días para decidir sobre su caso. Alliance debe acatar lo que el juez decida.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que debe pasar para tener una audiencia estatal pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar plenamente, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una audiencia estatal expedita (rápida). El CDSS debe tomar una decisión a más tardar tres días hábiles después de que reciba el archivo completo de su caso por parte de Alliance.

Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, es su responsabilidad denunciarlo llamando al número de la línea gratuita confidencial 1-800-822-6222 o enviando una queja en línea a https://www.dhcs.ca.gov/.

El fraude, el despilfarro y el abuso de los proveedores incluyen:

- falsificar expedientes médicos
- recetar más medicamento del que sea médicamente necesario

- proporcionar más servicios de cuidado de la salud de los que sean médicamente necesarios
- cobrar servicios que no se brindaron
- cobrar servicios profesionales cuando el profesional no prestó los servicios
- ofrecer artículos y servicios gratuitos o con descuento a los miembros para influir en qué proveedor elige el miembro
- cambiar el proveedor de atención primaria del miembro sin su conocimiento

El fraude, el despilfarro y el abuso por parte de una persona que recibe beneficios incluyen, entre otros:

- prestar, vender o dar una tarjeta de ID del plan de salud o una tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal a otra persona
- recibir tratamientos o medicamentos iguales o similares de más de un proveedor
- acudir a una sala de emergencia cuando no se trata de una emergencia
- usar el número de Seguro Social o el número de identificación del plan de salud de otra persona
- tomar viajes de transporte médico y no médico para servicios no relacionados con la atención médica, para servicios no cubiertos por Medi-Cal o cuando no tiene una cita médica o recetas por recoger

Para informar sobre fraude, despilfarro y abuso, anote el nombre, el domicilio y el número de ID de la persona que cometió el fraude, despilfarro o abuso. Proporcione tanta información como sea posible sobre la persona, como el número de teléfono o la especialidad si es un proveedor. Proporcione las fechas de los eventos y un resumen de lo que sucedió con exactitud.

Envíe su informe a:

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

Línea directa de cumplimiento anónima: 1-844-587-0810
Número de teléfono: 1-510-747-4500
Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1-800-735-2929

7. Derechos y responsabilidades

Como miembro de Alliance, usted tiene derechos y responsabilidades. Este capítulo explica esos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye avisos legales a los que tiene derecho como miembro de Alliance.

Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro de Alliance:

1. Ser tratado con respeto y dignidad, dando la debida consideración a su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
2. Recibir información sobre el plan de salud y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los profesionales, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
3. Recibir información escrita sobre el miembro totalmente traducida a su idioma de preferencia, incluidos todos los avisos de quejas y apelaciones.
4. Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Alliance.
5. poder elegir un proveedor de atención primaria dentro de la red de Alliance.
6. Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
7. Participar en la toma de decisiones con proveedores sobre su propia atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
8. Presentar reclamos, ya sea de manera verbal o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
9. Conocer la razón médica de la decisión de Alliance de denegar, retrasar, terminar o cambiar una solicitud de atención médica.
10. Obtener coordinación de la atención.
11. Presentar una apelación de las decisiones de denegación, aplazamiento o limitación de servicios o beneficios.
12. Obtener servicios gratuitos de interpretación y traducción a su idioma.

13. Obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de ayuda legal u otros grupos.
14. Formular instrucciones anticipadas.
15. Solicitar una audiencia estatal si se deniega un servicio o beneficio y ya ha presentado una apelación ante Alliance y aún no está satisfecho con la decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días, incluida la información sobre las circunstancias bajo las cuales es posible una audiencia expedita.
16. Cancelar la inscripción (abandonar) a Alliance y cambiarse a otro plan de salud en el condado si lo solicita.
17. Tener acceso a servicios sin consentimiento para menores.
18. Recibir sin costo la información escrita para los miembros en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) si lo solicita y de forma oportuna y adecuada al formato solicitado y de acuerdo con la sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions, W&I).
19. Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
20. Recibir información veraz sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentada de acuerdo con su condición y capacidad de comprensión, independientemente del costo o de la cobertura.
21. Tener acceso y recibir una copia de sus expedientes médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan, como se especifica en las secciones 164.524 y 164.526 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).
22. Ser libre de ejercer estos derechos sin afectar de manera adversa cómo lo tratan Alliance, sus proveedores o el estado.
23. Tener acceso a los servicios de planificación familiar, centros de parto independientes, centros de salud calificados a nivel federal, clínicas de salud para indígenas estadounidenses, servicios de ayuda en el parto, clínicas de salud rural, servicios para infecciones de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red de Alliance conforme a la ley federal.
24. 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 Medi-Cal pueden llamar a la línea gratuita 1-888-433-1876.
25. 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.

Sus responsabilidades

Los miembros de Alliance tienen las siguientes 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.

Aviso de no discriminación

La discriminación va en contra de la ley. Alliance cumple las leyes estatales y federales sobre 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 gratuitos a las personas que tengan alguna discapacidad para ayudarles a que se comuniquen mejor, como:
  - intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como los siguientes:
    - intérpretes calificados
    - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.

Cómo presentar un reclamo

Si considera que Alliance no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó ilegalmente de alguna otra manera basándose 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 el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance.

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

- **Por teléfono**: comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

  Alameda Alliance for Health
  ATTN: Grievance and Appeals Department
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502
- **En persona:** vaya al consultorio de su médico o a Alliance y diga que desea presentar un reclamo.
- **Por medios electrónicos:** visite el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.

Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Servicios de Atención Médica de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- **Por teléfono:** llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito**: llene un formulario de queja o envíe una carta a:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de queja están disponibles en https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Por medios electrónicos:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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:** llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar u oír bien, llame al TTY 1-800-537-7697 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **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, DC 20201

  Los formularios de queja están disponibles en https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html.
- **Por medios electrónicos:** visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp.

Maneras de participar como miembro

Alliance desea conocer su opinión. Cada trimestre, Alliance lleva a cabo reuniones para hablar sobre lo que está funcionando bien y sobre cómo puede mejorar Alliance. Los miembros están invitados a asistir. ¡Asista a una reunión!

Comité de Asesoría al Consumidor (CAC) de Alliance

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). Este grupo está formado por miembros elegibles, defensores de miembros, proveedores y socios comunitarios. Puede unirse a este grupo si lo desea.

El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de Alliance y es responsable de:

- Proporcionar un vínculo entre Alliance y la comunidad
- Asesorar sobre cuestiones culturales, lingüísticas y de políticas
- Ofrecer el punto de vista de los miembros sobre las necesidades y preocupaciones de grupos especiales como estos:
    - adultos mayores y personas con discapacidades
    - familias con niños
    - personas cuya lengua materna es distinta del inglés

Si desea formar parte de este grupo, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 1-510-747-4567 o a la línea gratuita al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o al 711).

Encuestas para miembros

Alliance encuesta a sus miembros para pedirles su opinión sobre nuestros servicios y la atención médica que les proporcionamos. Sus valiosas aportaciones contribuyen a que nuestros programas sean mejores para todos los miembros. Por favor, tómese un tiempo para responder las encuestas por correo o por teléfono.

Aviso sobre prácticas de privacidad

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 dará si así lo solicita.

Si tiene la edad y la capacidad para dar su consentimiento para recibir servicios sensibles, no es necesario que obtenga la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles o para enviar un reclamo por servicios sensibles. Puede leer más sobre servicios sensibles en la sección "Atención sensible" de este manual.

Puede pedirle a Alliance que le envíe las comunicaciones sobre servicios sensibles a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que usted elija. A esto se le llama "solicitud de comunicaciones confidenciales". Si solicita comunicaciones confidenciales, Alliance no dará información sobre sus servicios de atención sensibles a nadie más sin su permiso por escrito. Si no facilita una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono, Alliance enviará las comunicaciones con su nombre a la dirección o al número de teléfono que conste en sus archivos.

Alliance cumplirá sus solicitudes para recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que usted solicitó. O nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de poner en la forma y el formato que usted solicitó. Se las enviaremos al lugar que usted elija. Su solicitud de comunicaciones confidenciales dura hasta que la cancele o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Los miembros pueden solicitar comunicaciones confidenciales por escrito, correo electrónico o a través del Portal para miembros de Alliance. Envíe su solicitud e incluya la dirección o el número de teléfono que desea que usemos.

- **Por escrito:** envíe una carta a:

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

  Fax: 1-877-747-4504

- **Por correo electrónico:** envíe un correo electrónico al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance a memberservices@alamedaalliance.org**.**

  Tenga en cuenta: El envío de información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) (también llamada información médica o personal) a través de correo electrónico puede no ser un método seguro de comunicación con Alliance, ya que terceros pueden interceptar el correo electrónico y usar la información con fines malintencionados.
- **Portal para miembros de Alliance:** para subir un documento a través del Portal para miembros de Alliance, complete los siguientes pasos:
  1. Visite el sitio web de Alliance en www.alamedaalliance.org.
  2. Haga clic en "Member Portal" (Portal para miembros) en la esquina superior derecha.
  3. Regístrese en el Portal para miembros.
  4. Haga clic en "Help & Resources" (Ayuda y recursos) en la barra de navegación superior.
  5. Haga clic en "Contact Us" (Comuníquese con nosotros).
  6. En "Send a secure message" (Enviar un mensaje seguro), seleccione "click here" (haga clic aquí).
  7. Escriba un mensaje en el cuadro y haga clic en "Submit" (Enviar) cuando haya terminado.

A continuación se incluye la declaración de Alliance sobre sus políticas y procedimientos para proteger su información médica (llamada "Aviso sobre Prácticas de Privacidad"):

Aviso sobre prácticas de privacidad de Alliance

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

Nosotros (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: **1-510-747-4567**
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, su médico u otros proveedores de atención médica en su nombre, así como de usted mismo.

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 o PHI. Esto incluye: el médico que usted consulta y lo que este haya registrado acerca de su salud; sus condiciones de atención médica y diagnósticos; su historial médico, sus recetas médicas, y los resultados de sus 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 únicamente 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 necesitemos 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 lo 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 pida o lo permita.
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, le 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.
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 contactarlo para ofrecerle información sobre nuestros 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 un tribunal o por una orden administrativa, para un procedimiento judicial o administrativo, si se le solicitó y usted no objetó o si el juez administrativo o judicial no estuvo de acuerdo con su objeción.
12. **Actividades de supervisión de la salud:** podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted a agencias de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias 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, daños 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 del jurado, y para otros propósitos de cumplimiento de la ley.
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 necesita, divulgar información sobre usted a médicos forenses cuando estos investigan muertes.
    - 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 la compensación de los trabajadores.
- Si Alliance es vendida o se fusiona con otra organización, su información y registro de salud pertenecerán al nuevo propietario, pero usted podrá cambiar su inscripción a 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 comunique con usted

Podemos comunicarnos con usted para ofrecerle información, recursos como libros o DVD, 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. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud, y le informaremos nuestra decisión.
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 un costo que deba pagar, se lo comunicaremos oportunamente.
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 derecho a 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 recibir una copia impresa de este Aviso sobre prácticas de privacidad:** usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso sobre prácticas de privacidad. Si desea obtener más información sobre estos derechos o si desea usarlos, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **1-510-747-4567** o a la línea gratuita al **1-877-932-2738** (personas con impedimentos auditivos y del habla [CRS/TTY]) **711/1-800-735-2929**).

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 debemos mantener, 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 (Health and Human Services, HHS) 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.

Si usted es un miembro de Alliance Medi-Cal, también puede notificar a la Oficina de Privacidad del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) a:

Department of Health Care Services
Office of HIPAA Compliance
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413

Número de teléfono: 1-916-255-5259
Línea gratuita: 1-866-866-0602
Personas con impedimentos auditivos y del habla (TTY/TDD): 1-877-735-2929

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.

Aviso sobre leyes

Muchas leyes se aplican a este Manual para Miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun cuando las leyes no se incluyan o expliquen en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de último recurso, otras coberturas médicas y recuperación de daños

El programa Medi-Cal sigue las leyes y regulaciones estatales y federales relativas a la responsabilidad legal de terceros por la prestación de servicios de cuidado de la salud a los miembros. Alliance tomará todas las medidas razonables para garantizar que el programa de Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal pueden tener otra cobertura médica (Other Health Coverage, OHC), también denominada seguro médico privado. Como condición para ser elegible para Medi-Cal, debe solicitar o conservar cualquier OHC disponible cuando no tenga ningún costo para usted.

Las leyes federales y estatales exigen que los miembros de Medi-Cal reporten OHC y cualquier cambio a estas. Es posible que tenga que reembolsar al DHCS cualquier beneficio pagado por error si no reporta rápidamente su OHC. Presente su OHC en línea en la página http://dhcs.ca.gov/OHC.

Si no tiene acceso a Internet, puede notificar su OHC a Alliance. O llame a la línea gratuita 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077 o al 711) dentro de California, o al 1-916-636-1980 (fuera de California).

El Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medi-Cal de los que Medi-Cal no sea el primer pagador. Por ejemplo, si se lesionó en un accidente de tráfico o en el trabajo, es posible que el seguro de automóvil o de accidentes de trabajo tenga que pagar primero o reembolsar a Medi-Cal.

Si usted está lesionado y otra parte es responsable de su lesión, usted o su representante legal debe avisar al DHCS en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que inicie una acción legal o presente un reclamo.

Presente su notificación en línea:

- Programa de Lesiones Personales en https://dhcs.ca.gov/PI
- Programa de Recuperación de Compensación para Trabajadores en https://dhcs.ca.gov/WC

Para obtener más información, visite https://dhcs.ca.gov/tplrd o llame al 1-916-445-9891.

Aviso sobre la recuperación por medio de la herencia

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso a partir de los patrimonios legalizados de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de su cumpleaños 55. El reembolso incluye los honorarios por servicios (FFS) y las primas de atención médica administrada, o los pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados recibidos cuando el miembro era paciente hospitalizado de un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios en el hogar y comunitarios. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio testamentario legalizado del miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación por medio de la herencia del DHCS en https://dhcs.ca.gov/er o llame al 1-916-650-0590.

Aviso de acción

Alliance le enviará un Aviso de acción (NOA) en cualquier momento que Alliance niegue, retrase, cancele o modifique una solicitud de servicios de cuidado de la salud. Si no está de acuerdo con la decisión de Alliance, siempre puede presentar una apelación ante Alliance. Consulte la sección "Apelaciones" de arriba para obtener información importante sobre cómo presentar su apelación. Cuando Alliance le envíe un NOA, le informará de todos sus derechos si no está de acuerdo con una decisión que tomamos.

Contenido de los avisos

Si Alliance determina las denegaciones, los retrasos, los vencimientos o los cambios, parcial o totalmente en función de la necesidad médica, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que Alliance pretende emprender.
- Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión de Alliance.
- Cómo tomó Alliance la decisión, incluyendo las reglas que esta usó.
- Las razones médicas de la decisión. Alliance debe exponer claramente por qué el estado del miembro no se ajusta a las reglas o pautas.

Traducciones

Alliance tiene la obligación de traducir totalmente y proporcionar información escrita al miembro en los idiomas preferidos comunes, incluidos todos los avisos de reclamos y apelaciones.

El aviso completamente traducido debe incluir la razón médica de la decisión de Alliance de denegar, retrasar, cambiar, reducir, suspender o detener una solicitud de servicios de cuidado de la salud.

Si su idioma de preferencia no está disponible, Alliance está obligada a ofrecerle ayuda verbal en su idioma de preferencia para que pueda entender la información que reciba.

8. Números y palabras importantes que debe conocer

Números de teléfono importantes

Línea de asistencia de enfermería
Línea gratuita: 1-888-433-1876

Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance for Health
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 de Atención de la Salud del Comportamiento del Condado de Alameda: programa ACCESS
Línea gratuita: 1-800-491-9099

Agencia de Servicios Sociales del Condado de Alameda (Centro Medi-Cal)
Número de teléfono: 1-510-777-2300
Línea gratuita: 1-800-698-1118

Servicios para Niños de California (CCS)
Número de teléfono: 1-510-208-5970

Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS): atención médica administrada de Medi-Cal
Número de teléfono: 1-916-449-5000

Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California: Centro de Ayuda de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
Línea gratuita: 1-888-466-2219
Personas con impedimentos auditivos y del habla (TDD): 1-877-688-9891

California Home Medical Equipment (CHME)
Línea gratuita: 1-800-906-0626

Servicio de Retransmisión de California (para personas con impedimentos auditivos)
Línea gratuita: 1-800-735-2929
Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS): 711

Children First Medical Group (CFMG)
Número de teléfono: 1-510-428-3154

Community Health Center Network (CHCN)
Número de teléfono: 1-510-297-0200

Denti-Cal (Medi-Cal Dental)
Línea gratuita: 1-800-322-6384
Personas con impedimentos auditivos y del habla (TTY): 1-800-735-2922

Health Care Options (HCO)
Línea gratuita: 1-800-430-4263
Personas con impedimentos auditivos y del habla (TTY): 1-800-430-7077

MARCH Vision Care
Línea gratuita: 1-844-336-2724

Medi-Cal Rx
Línea gratuita: 1-800-977-2273
Personas con impedimentos auditivos y del habla (TTY/TDD): 1-800-977-2273, presione 7 o llame al 711

Centro Regional del Este de la Bahía
Número de teléfono: 1-510-618-6100

Palabras que debe conocer

Administrador de caso: enfermeras registradas o trabajadores sociales que pueden ayudarle a entender problemas importantes de salud y programar la atención médica con sus proveedores.

Afección crónica: una enfermedad u otro problema médico que no puede sanar completamente o que empeora con el paso del tiempo, o que debe tratarse para evitar que empeore.

Afección médica de emergencia: una afección médica o mental con síntomas muy intensos, como el trabajo de parto activo (consulte la definición arriba) o un dolor intenso, que alguien con los conocimientos sobre salud y medicina de una persona prudente sin experiencia podría considerar de manera razonable que de no conseguir atención médica inmediata podría:

- poner en grave peligro su salud o la de su bebé por nacer
- causar un deterioro de una función corporal
- ocasionar que una parte u órgano del cuerpo no funcione bien

Afección médica psiquiátrica de emergencia: un trastorno mental en el que los síntomas son lo suficientemente serios o graves como para ocasionar un peligro inmediato para usted u otras personas, o que usted de inmediato deje de poder obtener o usar alimentos, albergue o ropa debido al trastorno mental.

Aguda: afección médica breve y repentina que requiere atención médica rápida.

Aparato ortopédico: un aparato que se usa como soporte o refuerzo fijado fuera del cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo gravemente lesionada o enferma, y que es médicamente necesario para la recuperación médica del miembro.

Apelación: es la solicitud de un miembro para que Alliance revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura para un servicio solicitado.

Aprobación previa (autorización previa): proceso mediante el cual usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de Alliance para determinados servicios para asegurarse de que Alliance los cubrirá. Una remisión no es una aprobación. Una aprobación previa es lo mismo que una autorización previa.

Área de servicio: el área geográfica en la que Alliance da servicio. Esto incluye el Condado de Alameda.

Atención de emergencia: un examen realizado por un médico o un miembro del personal bajo la dirección de un médico, según lo permita la ley, para encontrar si existe una afección médica de emergencia. Servicios médicamente necesarios para lograr que esté clínicamente estable dentro de las capacidades del centro.

Atención de enfermería especializada: servicios cubiertos proporcionados por enfermeras, técnicos o terapeutas titulados, durante la permanencia de un miembro en un centro de enfermería especializada o en su hogar.

Atención de seguimiento: atención médica regular de un médico para revisar el progreso de un paciente después de una hospitalización o durante un tratamiento.

Atención de urgencia (o servicios urgentes): servicios proporcionados para tratar enfermedades, lesiones o afecciones que no son de emergencia, pero que necesitan atención médica. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o no puede acceder a ellos temporalmente.

Atención hospitalaria ambulatoria: atención médica o quirúrgica brindada en un hospital sin que el paciente sea hospitalizado.

Atención intermedia en un centro o en el hogar: atención proporcionada en un centro de atención médica a largo plazo o en el hogar que proporciona servicios residenciales las 24 horas del día. Los tipos de centros u hogares de atención intermedia incluyen los centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo (ICF/DD), los centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-habilitación (ICF/DD-H) y los centros de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-enfermería (ICF/DD-N).

Atención médica a largo plazo: atención en un centro durante un periodo superior al mes de ingreso más un mes.

Atención médica de rutina: servicios y atención médica preventiva médicamente necesarios, consultas de bienestar infantil o atención como la atención de seguimiento de rutina. El objetivo de la atención de rutina es evitar problemas de salud.

Atención médica en el hogar: atención de enfermería especializada y otros servicios proporcionados en el hogar.

Atención paliativa: atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro que tiene una enfermedad grave. La atención paliativa no requiere que el miembro tenga una expectativa de vida de 6 meses o menos.

Atención para pacientes ambulatorios: cuando no tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

Atención primaria: consulte "Atención de rutina".

Autorización previa (aprobación previa): proceso mediante el cual usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de Alliance para determinados servicios para asegurarse de que Alliance los cubrirá. Una remisión no es una aprobación. Una autorización previa es lo mismo que una aprobación previa.

Beneficios: servicios de cuidado de la salud y medicamentos cubiertos por este plan de salud.

Cancelación de la inscripción: dejar de usar este plan de salud porque ya no califica o cambia a un nuevo plan de salud. Usted debe firmar un formulario que diga que ya no desea usar este plan de salud o llamar a HCO y cancelar su inscripción por teléfono.

Centro de atención subaguda (para adultos o pediátrico): un centro de atención médica a largo plazo que proporciona cuidados integrales a personas médicamente frágiles que necesitan servicios especiales, como terapia de inhalación, cuidados de traqueotomía, alimentación por sonda intravenosa y atención médica administrada compleja para el tratamiento de heridas.

Centro de cuidados paliativos (centro de atención de enfermos terminales): atención para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de los miembros que tienen una enfermedad terminal. La atención de enfermos terminales está disponible cuando el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Centro de enfermería especializada: un lugar que brinda atención de enfermería las 24 horas, la cual solo puede ser brindada por profesionales de la salud capacitados.

Centro de salud con certificación federal (FQHC): un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en un FQHC.

Centros de parto independientes (Freestanding Birth Centers, FBC): centros de salud donde se planea que ocurra el parto lejos de la residencia de la mujer embarazada que están certificados o aprobados por el estado para brindar atención prenatal, de trabajo de parto o posparto y otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros no son hospitales.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar las estructuras anormales del cuerpo con el fin de mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son aquellas causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica: un centro que los miembros pueden elegir como su proveedor de atención primaria (PCP). Puede ser un centro de salud con certificación federal (FQHC), una clínica comunitaria, una clínica de salud rural (RHC), un proveedor de atención médica para indígenas estadounidenses (IHCP) u otro centro de atención primaria.

Clínica de salud rural (RHC): un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede recibir atención primaria y preventiva en una RHC.

Cobertura (servicios cubiertos): servicios de Medi-Cal cuyo pago es responsabilidad de Alliance. Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones del contrato de Medi-Cal que se mencionan en esta Evidencia de Cobertura (EOC) y a cualquiera de sus modificaciones.

Cobertura de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados por un proveedor.

Continuidad de la atención: la capacidad que tiene un miembro del plan de seguir recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor fuera de la red actual hasta por 12 meses, si el proveedor y Alliance aceptan.

Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB): el proceso para determinar qué cobertura de seguro médico (Medi-Cal, Medicare, cobertura comercial u otra) es responsable por el tratamiento primario y el pago para los miembros con más de un tipo de cobertura de seguro médico.

Copago: un pago que usted realiza, normalmente en el momento del servicio, adicional al pago del seguro.

Cuidados para pacientes hospitalizados: cuando tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

DHCS: el Departamento de Servicios de Atención Médica de California. Esta es la oficina estatal que supervisa el programa Medi-Cal.

Directorio de proveedores: una lista de los proveedores dentro de la red de Alliance.

Dispositivo protésico: un aparato artificial unido al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

DMHC: el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California. Esta es la oficina estatal que supervisa los planes de salud de atención médica administrada.

Enfermedad grave: una enfermedad o afección que debe tratarse y que podría ocasionar la muerte.

Enfermedad terminal: una afección médica que no puede revertirse y que muy probablemente ocasione la muerte en un año o menos si la enfermedad presenta un avance natural.

Enfermera obstétrica certificada (CNM): persona licenciada como enfermera registrada y certificada como enfermera obstetra por la Junta de Enfermeros Registrados de California. Una enfermera obstétrica certificada puede atender casos de parto normal.

Equipo médico duradero (DME): equipo que es médicamente necesario y que su médico u otro proveedor ordena. Alliance decide si renta o compra el DME. Los costos de la renta no deberán superar el costo de la compra.

Especialista (o médico especialista): un médico que atiende ciertos tipos de problemas médicos. Por ejemplo, un cirujano ortopedista atiende huesos rotos; un alergólogo atiende alergias, y un cardiólogo atiende problemas cardiacos. En la mayoría de los casos, necesitará una remisión de su PCP para acudir con un especialista.

Fraude: un acto intencional para engañar o tergiversar realizado por una persona que sabe que el engaño podría ocasionar algún beneficio no autorizado para ella misma o para alguien más.

Health Care Options (HCO): el programa que puede inscribirlo en el plan de salud o cancelar su inscripción a este.

Hogar médico: un modelo de atención que proporciona una mejor calidad de atención médica, mejora la autoadministración de la atención de los miembros y disminuye los costos evitables con el tiempo.

Hospital: un lugar donde recibe atención para pacientes ambulatorios o para pacientes hospitalizados de parte de médicos y enfermeras.

Hospital participante: un hospital con licencia que tiene contrato con Alliance para proporcionar servicios a miembros en el momento en que el miembro recibe atención. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes podrían ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de revisión de utilización y de control de calidad de Alliance o por el contrato de Alliance con el hospital.

Hospitalización: admisión en un hospital para tratamiento como paciente hospitalizado.

Indígena estadounidense: persona que cumple la definición de "indígena estadounidense" según la ley federal en la sección 438.14 del Título 42 del CFR, que define a una persona como "indígena estadounidense" como la persona que cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es miembro de una tribu indígena estadounidense reconocida a nivel federal.
- Vive en un centro urbano y cumple una o más de las siguientes condiciones:
    - es miembro de una tribu, banda u otro grupo organizado de indígenas estadounidenses, incluyendo aquellas tribus, bandas o grupos extinguidos desde 1940 y aquellos reconocidos ahora o en el futuro por el estado en

el que residen, o que es descendiente en primer o segundo grado de alguno de dichos miembros;
  - es esquimal o aleutiano, u otro nativo de Alaska;
  - es considerado por el Secretario del Interior como indígena estadounidense a cualquier efecto;
  - se determina que es un indígena estadounidense conforme a las regulaciones emitidas por el Secretario del Interior;
- es considerado por el Secretario del Interior como indígena estadounidense a cualquier efecto, o
- es considerado por el Secretario de Salud y Servicios Humanos como indígena estadounidense a efectos de elegibilidad para los servicios de cuidado de la salud para indígenas estadounidenses, incluso como indígena estadounidense de California, esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska.

Lista de medicamentos contratados (Contract Drugs List, CDL): la lista de medicamentos aprobados para Medi-Cal Rx a partir de la cual su proveedor puede solicitar los medicamentos cubiertos que usted necesita.

Medi-Cal de honorarios por servicios (FFS): a veces, su plan de Medi-Cal no cubre los servicios, pero aún puede obtenerlos a través de Medi-Cal de FFS, como muchos servicios de farmacia mediante Medi-Cal Rx.

Medi-Cal Rx: un servicio de beneficios farmacéuticos de Medi-Cal de FFS conocido como "Medi-Cal Rx" que proporciona beneficios y servicios farmacéuticos, incluidos medicamentos recetados y algunos suministros médicos a todos los beneficiarios de Medi-Cal.

Médicamente necesario (o necesidad médica): los servicios médicamente necesarios son aquellos que son importantes, razonables y protegen la vida. La atención es necesaria para evitar que los pacientes se enfermen gravemente o queden discapacitados. Esta atención reduce el dolor grave tratando la enfermedad, el trastorno o la lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal incluyen la atención necesaria para remediar o ayudar con una enfermedad o afección física o mental, incluidos los trastornos por abuso de sustancias establecidos en la sección 1396d(r) del Título 42 del Código de Estados Unidos.

Medicamentos recetados: un medicamento que requiere legalmente una orden de un proveedor autorizado para su venta, a diferencia de los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, “OTC”), que no necesitan una receta.

Medicare: programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas más jóvenes con discapacidades y personas que tienen una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o de un trasplante, a veces llamada enfermedad renal en fase terminal [End Stage Renal Disease, ESRD]).

Miembro: todo miembro elegible de Medi-Cal inscrito en Alliance y que tiene derecho a obtener los servicios cubiertos.

Otra cobertura de salud (OHC): otra cobertura de salud (OHC) se refiere al seguro médico privado y los pagadores de servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden ser médicos, dentales, de la vista, de farmacia o los planes complementarios de Medicare (Parte C y D).

Paciente establecido: un paciente que tiene una relación existente con un proveedor y que ha acudido a ese proveedor dentro de un periodo de tiempo específico establecido por el plan de salud.

Persona inscrita: una persona que es miembro de un plan de salud y obtiene servicios por medio del plan.

Plan: consulte "Plan de atención administrada".

Plan de atención médica administrada: un plan de Medi-Cal que usa solo a ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. Alliance es un plan de atención médica administrada.

Proveedor calificado: médico calificado en el área de la práctica adecuada para atender su afección.

Proveedor de atención médica (PCP): el proveedor autorizado que usted tiene durante la mayor parte de su atención médica. Su PCP le ayuda a recibir la atención que necesita.

Su PCP puede ser un:

- médico general
- internista
- pediatra
- médico familiar
- ginecobstetra
- proveedor de atención médica para indígenas estadounidenses (IHCP)
- centro de salud con certificación federal (FQHC)
- clínica de salud rural (RHC)

- enfermera profesional con práctica médica
- asistente médico
- clínica

Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red): consulte "Proveedor participante".

Proveedor de servicios de salud mental: personas autorizadas que proporcionan servicios de salud mental y del comportamiento a los pacientes.

Proveedor fuera de la red: un proveedor que no forma parte de la red de Alliance.

Proveedor no participante: un proveedor que no es parte de la red de Alliance.

Proveedor participante (o médico participante): un médico, hospital u otro profesional de cuidado de la salud o centro de salud autorizado, incluidos los centros de atención subaguda, que tienen contrato con Alliance para ofrecer servicios cubiertos a los miembros cuando reciben atención.

Proveedores de atención médica: médicos y especialistas como cirujanos, médicos que tratan el cáncer o médicos que tratan partes especiales del cuerpo y que trabajan con Alliance o que forman parte de la red de Alliance. Los proveedores de la red de Alliance deben contar con una licencia para ejercer en California y proporcionarle un servicio que Alliance cubre.

Por lo general, necesitará una remisión de su PCP para acudir con un especialista. Su PCP debe obtener una aprobación previa de Alliance antes de que pueda recibir atención de un especialista.

Usted **no** necesita una remisión de su PCP para algunos tipos de servicio, como los de planificación familiar, atención de emergencia, atención de obstetricia y ginecología, o servicios sensibles.

Proveedores de atención médica en el hogar: proveedores que le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.

Proveedores de atención médica para indígenas estadounidenses (IHCP): un programa de atención médica operado por el Servicio de Salud Indígena Estadounidense (Indian Health Service, IHS), una tribu indígena estadounidense, un programa de salud tribal, una organización tribal o una organización indígena estadounidense urbana (Urban Indian Organization, UIO), tal como se definen estos términos en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena Estadounidense (Título 25 del Código de Estados Unidos [Unites States Code, U.S.C.] sección 1603).

Pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): los servicios de EPSDT son un beneficio para los miembros de Medi-Cal menores de 21 años con el fin de ayudarles a mantenerse saludables. Los miembros deben recibir las revisiones de salud apropiadas para su edad y las pruebas de detección apropiadas para encontrar los problemas de salud y tratar las enfermedades de manera temprana, así como cualquier tratamiento para atender o ayudar a que los padecimientos se puedan encontrar en las revisiones.

Queja: expresión verbal o escrita de un miembro por insatisfacción sobre un servicio cubierto por Medi-Cal, por Alliance, por el plan de salud mental del condado o por un proveedor de Medi-Cal. Una queja es lo mismo que un reclamo.

Quiropráctico: un proveedor que trata la columna mediante manipulación manual.

Reclamo: expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre Alliance, un proveedor, la calidad de la atención o los servicios proporcionados. Una queja presentada ante Alliance sobre un proveedor de la red es un ejemplo de reclamo.

Recuperación por agravio: cuando se proporcionan o se proporcionarán beneficios a un miembro de Medi-Cal debido a una lesión de la que otra parte es responsable, DHCS recupera el valor razonable de los beneficios proporcionados al miembro por esa lesión.

Red: un grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados por Alliance para proporcionar atención médica.

Remisión: cuando su PCP dice que puede recibir atención de otro proveedor. Algunos servicios de atención cubiertos requieren una remisión y una aprobación previa (autorización previa).

Seguro médico: cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos reembolsando al asegurado los gastos originados por enfermedades o lesiones, o pagando al proveedor de la atención médica directamente.

Servicio no cubierto: un servicio que Alliance no cubre.

Servicios ambulatorios de salud mental: servicios ambulatorios para miembros con afecciones médicas mentales de leves a moderadas, incluidos:

- evaluación y tratamiento de salud mental (psicoterapia) individual y en grupo
- pruebas psicológicas, cuando estén indicadas clínicamente para evaluar una afección mental

- servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar una terapia con medicamentos
- consultas psiquiátricas
- pruebas de laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS): servicios para pacientes ambulatorios prestados en centros de atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, atención personal, capacitación y apoyo para familias y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que califiquen.

Servicios de ayuda en el parto: atención prenatal, durante el parto y posparto, que incluye atención de planificación familiar para la madre y atención inmediata para el recién nacido, proporcionada por enfermeras obstétricas certificadas (CNM) y por parteras autorizadas (LM).

Servicios de planificación familiar: servicios que previenen o retrasan el embarazo.

Servicios de posestabilización: servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se proporcionan después de estabilizar al miembro para mantenerlo estabilizado. Los servicios de atención posestabilización están cubiertos y pagados. Los hospitales fuera de la red podrían necesitar una aprobación previa (autorización previa).

Servicios de salud pública: servicios de salud dirigidos a toda la población. Estos incluyen, entre otros, análisis de la situación de salud, vigilancia médica, promoción de la salud, servicios de prevención, control de enfermedades infecciosas, protección y saneamiento ambiental, preparación y respuesta ante desastres y salud ocupacional.

Servicios especializados de salud mental: servicios para miembros que tienen necesidades de servicios de salud mental superiores a un nivel de deterioro de leve a moderado.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por el programa Medi-Cal de California.

Servicios fuera del área: servicios recibidos mientras un miembro está en cualquier lugar fuera del área de servicio.

Servicios médicos: servicios proporcionados por una persona autorizada de acuerdo con la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, sin incluir los servicios que

ofrecen los médicos mientras usted está hospitalizado, que se cobran en una cuenta del hospital.

Servicios para Niños de California (CCS): un programa de Medi-Cal que proporciona servicios a niños de hasta 21 años con ciertas afecciones, enfermedades o problemas de salud crónicos.

Servicios sensibles: servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI), el VIH/SIDA, agresiones sexuales y abortos, trastornos por abuso de sustancias, la atención para la afirmación del género y la violencia de pareja.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios de cuidado de la salud que le ayudan a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida cotidiana.

Servicios y dispositivos de habilitación y rehabilitación: servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a adquirir o recuperar sus habilidades mentales y físicas.

Sistema de Salud Organizado por el Condado (County Organized Health System, COHS): una agencia local creada por la junta de supervisores del condado para contratar el programa de Medi-Cal. Se le inscribe automáticamente en un plan del COHS si cumple las reglas de inscripción. Los beneficiarios inscritos eligen su proveedor de atención médica entre todos los proveedores del COHS.

Trabajo de parto activo: periodo de tiempo en el que una mujer se encuentra en las tres etapas del parto y no puede ser trasladada con seguridad a otro hospital antes del parto o un traslado puede perjudicar la salud y la seguridad de la mujer o del bebé por nacer.

Transporte médico: transporte que usa cuando no puede llegar a una cita médica cubierta o para recoger medicamentos (que su proveedor le haya recetado) en automóvil, autobús, tren o taxi. Alliance paga el transporte de menor costo según sus necesidades médicas cuando necesita un medio de transporte para llegar a su cita.

Transporte médico de emergencia: transporte en una ambulancia o vehículo de emergencia a una sala de emergencia para recibir atención médica de emergencia.

Transporte no médico: transporte que usa para ir y regresar de una cita para un servicio cubierto de Medi-Cal autorizado por su proveedor y para recoger recetas y suministros médicos.

Tratamiento de investigación: un medicamento, producto biológico o dispositivo de tratamiento que ha completado con éxito la primera fase de una investigación clínica aprobada por la FDA, pero que no ha sido aprobado para su uso general por la FDA y aún es objeto de investigación en una investigación clínica aprobada por la FDA.

Tratamiento experimental: medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de probarlos en seres humanos. Los servicios experimentales no son objeto de una investigación clínica.

Triaje (o detección): la evaluación de su salud por parte de un médico o una enfermera capacitada para realizar dicha evaluación con la finalidad de determinar qué tan urgentemente necesita la atención.