




L.A. Care
*Covered*TM



COVERED
CALIFORNIA

TM



Guía útil para sus beneficios de atención médica

2024




Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024



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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 por individuo/\$0 por familia. Por año calendario.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Las visitas al consultorio familiares, del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible ; sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance el deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No es necesario que alcance los deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$1,150 por individuo/\$2,300 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué conceptos no están incluidos en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , la facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite lacare.org o llame al 1-855-270-2327 (TTY 711) para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor participante que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor no participante y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor participante puede usar un proveedor no participante para algunos servicios (como pruebas de laboratorio).

		Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con una referencia antes de acudir al especialista .
 Todos los costos de copago y coseguro que se indican en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el deducible , si aplica un deducible .		

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$5 de copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$8 de copago / visita	Sin cobertura	Se requiere una referencia .*
	Atención preventiva/pruebas de detección/ inmunización	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$8 de copago / prueba por pruebas de laboratorio. \$8 de copago / prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías.	Sin cobertura	Ninguno
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$50 de copago por prueba	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .*
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Nivel 1 (en su mayoría genéricos)	Minorista: \$3 de copago / receta Pedido por correo: \$6 de copago / receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*

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

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services	Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos)	Minorista: \$10 de copago / receta Pedido por correo: \$20 de copago / receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*
	Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Minorista: \$15 de copago /receta Pedido por correo: \$30 de copago /receta	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista. Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo*
	Nivel 4 (medicamentos de especialidad)	10 % de coseguro , hasta \$150 de copago por receta	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . No disponible a través de pedido por correo*
Si se realiza una cirugía como paciente en consulta externa	Tarifa de la instalación (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	10 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .*
	Tarifas del médico o cirujano Visita ambulatoria	10 % de coseguro 10 % de coseguro	Sin cobertura Sin cobertura	Ninguno Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	Atención en salas de emergencia	\$50 de copago Sin cargo por tarifas médicas	\$50 Sin cargo por tarifas médicas	El copago no se aplica si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	\$30 de copago	\$30	Ninguno
	Atención de urgencia	\$5 de copago /visita	\$5 por visita	Ninguno
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de la instalación (p. ej., habitación del hospital)	10 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de	Servicios ambulatorios	\$5 de copago por visita al consultorio 10 % de coseguro , hasta \$5 de copago por otros servicios ambulatorios	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para pruebas psicológicas.*

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

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	10 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Para atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	10 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguno
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	10 % de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de salud en el hogar	\$3 de copago / visita	Sin cobertura	Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar. Se requiere autorización previa .*
	Servicios de rehabilitación	\$5 de copago / visita	Sin cobertura	Servicios ambulatorios Se requiere autorización previa .*
	Servicios de habilitación	\$5 de copago / visita	Sin cobertura	Servicios ambulatorios Se requiere autorización previa .*
	Atención de enfermería especializada	10 % de coseguro	Sin cobertura	Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere autorización previa .
	Equipo médico duradero	10 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .*
	Servicios en un centro de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere autorización previa .*
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 visita por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos)
	Chequeo dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Examen bucal y limpieza preventiva limitados a uno cada 6 meses. Consulte la documentación de su plan para obtener información adicional sobre los

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

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención de un quiropráctico• Cirugía estética• Atención dental (adultos)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad• Atención médica a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermera privada• Atención de la vista de rutina (adultos)• Programas para bajar de peso |
|---|---|---|

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

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• acupuntura• Cirugía bariátrica | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado rutinario de los pies necesario desde el punto de vista médico | <ul style="list-style-type: none">• Servicios relacionados con el aborto |
|---|--|--|

Su derecho a continuar la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*) al **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** o en hmohelp.ca.gov; el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos al **1-877-267-2323 extensión 61565** o en www.cciio.cms.gov; Covered California al **1 (800) 300-1506** o en coveredca.com; o comuníquese con L.A. Care Health Plan al **1-855-270-2327**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí

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

Servicios de idioma:

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

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

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

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

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

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$8
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 10 %
- Otro [\[costo compartido\]](#) \$8

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Costo total hipotético	\$12,700
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,210

Manejo de la diabetes tipo 2 de

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$8
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 10 %
- Otro [\[costo compartido\]](#) \$8

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$80
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$400

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista \[costo compartido\]](#) \$8
- Hospital (instalaciones) [\[costo compartido\]](#) 10 %
- Otro [\[costo compartido\]](#) \$8

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (terapia física)

Costo total hipotético	\$2,800
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Costo total hipotético	\$2,800
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$30
<i>Qué no está cubierto</i>	

Costo total hipotético	\$2,800
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$230

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

Language Assistance

English Tagline

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

ប្រាសាទសំខ្មែរ (Cambodian)

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

简体中文标语 (Chinese)

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

فارسی زبان به مطلب (Farsi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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

L.A. Care Covered Silver 94 HMO

Resumen de beneficios

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

Consulte el final de este Resumen de beneficios para ver las notas finales que proporcionan información adicional importante.

Resumen de beneficios³²

Plan HMO

Deducible del miembro por año calendario (deducible del plan médico) ¹	Deducible a cargo	
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y otros proveedores ¹	Servicios proporcionados por proveedores no preferidos y no participantes ²
Deducible médico por año calendario	Ninguno	100% de todos los cargos

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

Monto máximo de gastos de bolsillo del miembro Monto de gastos directos de bolsillo ^{1,4}	Máximo de gastos de bolsillo del miembro por año calendario	
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y otros proveedores ¹	Servicios proporcionados por proveedores no preferidos y no participantes ²
Máximo de gastos de bolsillo por año calendario (incluye el deducible)	\$1,150 por miembro/\$2,300 por familia	100% de todos los cargos

Máximo de beneficios del miembro de por vida	Pago máximo de L.A. Care
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos, participantes y otros proveedores ¹
Máximo de beneficios de por vida	Sin máximo

Beneficio	Costo compartido de los miembros⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de acupuntura	
Servicios cubiertos proporcionados por un acupunturista certificado	\$5 por visita
Servicios cubiertos proporcionados por un médico	\$5 por visita
Beneficios de pruebas y tratamiento de alergias	
Suero para alergias comprado por separado para el tratamiento	10%
Visitas al consultorio (incluye visitas para la aplicación de inyecciones de suero para alergias)	\$8 por visita
Beneficios de ambulancia⁶	
Transporte de emergencia o de no emergencia autorizado	\$30
Transporte de emergencia para trastornos de salud mental y consumo de sustancias	\$30
Beneficios de atención médica para la diabetes	
Dispositivos, equipos y suministros Los equipos para la diabetes incluyen: monitor de glucosa en sangre; bombas de insulina; dispositivos podiátricos, incluido el calzado ortopédico; y accesorios para la vista, sin incluir los anteojos. Los medicamentos relacionados con la diabetes y los suministros para pruebas de diabetes están cubiertos en virtud del Beneficio de medicamentos en consulta externa. (Nota: Se proporciona esta definición para aclarar las diferencias entre este beneficio y el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, tal como se detalla a continuación). Beneficio de medicamentos para pacientes ambulatorios: los medicamentos relacionados con la diabetes, las jeringas y agujas desechables para personas diabéticas y los suministros para pruebas de diabetes incluidos en el formulario están cubiertos en el beneficio de medicamentos. Consulte el Formulario de L.A. Care para obtener más información. Los suministros para pruebas de diabetes, que incluyen lancetas, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre y orina y tablas de pruebas, están cubiertos. También están cubiertos los monitores continuos de glucosa. Estos artículos de venta libre deben ser indicados por un médico para contar con cobertura.	10%
Capacitación para el autocontrol de la diabetes proporcionada por un médico en un consultorio ⁷	Sin cargo
Capacitación para el autocontrol de la diabetes proporcionada por un dietista titulado o un enfermero titulado ⁷ que sea educador sobre la diabetes certificado	Sin cargo
Terapia nutricional médica ⁷	Sin cargo
Beneficios de equipo médico duradero	
Sacaleche	Sin cargo
Otros equipos médicos duraderos incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis • Ortesis • Bombas de insulina • Medidores del flujo máximo • Monitores de glucosa en sangre • Poste para infusión intravenosa • Nebulizador para el asma, espaciador para inhaladores • Suministros de urología y ostomía • Otros suministros quirúrgicos/médicos 	10%
Beneficios de sala de emergencias	
Tarifa del médico de la sala de emergencias	Sin cargo
Tarifa del centro de la sala de emergencias	\$50 por visita (el copago no se aplica si es admitido)

Beneficio	Costo compartido de los miembros ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de planificación familiar Nota: Si alguno de estos servicios resulta en una hospitalización, se aplicará el costo compartido de las instalaciones para pacientes hospitalizados.	
Asesoría y consulta (Incluye visitas al consultorio del médico vinculadas con la colocación de un diafragma o la administración de anticonceptivos inyectables o implantables)	Sin cargo
Procedimiento de colocación de un diafragma	Sin cargo
Interrupción del embarazo	Sin cargo
Anticonceptivos implantables	Sin cargo
Anticonceptivos inyectables	Sin cargo
Colocación o extracción de un dispositivo intrauterino (DIU)	Sin cargo
Dispositivo intrauterino (DIU)	Sin cargo
Ligadura de trompas	Sin cargo
Vasectomía	Sin cargo
Beneficios de servicios de salud en el hogar Hasta un máximo combinado de beneficios de 100 visitas por Miembro, por año calendario, para todos los servicios de salud en el hogar y terapia de infusión/ medicamentos inyectables en el hogar. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, la cantidad de días comienza a contarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario. <ul style="list-style-type: none"> • Servicios proporcionados por agencias de servicios de salud en el hogar, lo que incluye visitas en el hogar por un enfermero, asistencia en el hogar, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta del habla o terapeuta ocupacional • Beneficios de la terapia de infusión/medicamentos inyectables en el hogar (por ejemplo, factor de coagulación y otros productos de infusión en el hogar y suministros médicos asociados) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Visitas domiciliarias de una enfermera especializada en infusiones (las visitas de enfermería proporcionadas por una agencia de infusiones en el hogar no están sujetas al límite de visitas por año calendario para servicios de salud en el hogar y terapia de infusión/medicamentos inyectables en el hogar). ◦ Suministros médicos asociados con la terapia de infusión/medicamentos inyectables. ◦ Los medicamentos autoinyectables no intravenosos para el hogar están cubiertos en virtud del beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y se aplican los copagos estándares del miembro. 	\$3 por visita
Beneficios del Programa de cuidados paliativos⁸ Servicios cubiertos para Miembros que hayan sido aceptados en un Programa de cuidados paliativos aprobado Todos los beneficios del Programa de cuidados paliativos deben contar con la autorización previa de L.A. Care y deben recibirse a través de una agencia de cuidados paliativos participante. <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica domiciliaria continua las 24 horas • Atención médica general para pacientes hospitalizados • Atención médica de relevo para pacientes hospitalizados • Consulta previa a la administración de cuidados paliativos • Atención médica domiciliaria de rutina • Cuidados paliativos 	Sin cargo

Beneficio	Costo compartido de los miembros ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes ¹
Beneficios hospitalarios (servicios de los centros)⁹	
Tarifa del centro para pacientes hospitalizados Habitación semiprivada y comida, y servicios y suministros médicamente necesarios, incluidos los cuidados subagudos.	10%
Tarifa del médico/cirujano para pacientes hospitalizados	10%
Beneficios de salud mental y trastornos de consumo de sustancias (Todos los servicios prestados a través de Carelon)	Servicios proporcionados por proveedores participantes de Carelon
Salud mental: atención para pacientes hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> • tarifa del centro para pacientes hospitalizados (por ejemplo, habitación del hospital) • programa residencial para crisis (tratamiento a corto plazo en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia del programa residencial para una crisis, con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda) • servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados: salud mental¹³ • observación psiquiátrica • tratamiento residencial¹³ 	10%
Tarifa del médico de salud mental para pacientes hospitalizados	10%
Salud mental: otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios³³ Servicios proporcionados fuera de un consultorio, como en un centro de tratamiento o un hogar, que impliquen un tratamiento diario o semanal administrado durante varias horas <ul style="list-style-type: none"> • hospitalización parcial • ambulancias que no son de emergencia • tratamiento multidisciplinario psiquiátrico intensivo ambulatorio • Programas de tratamiento diurno. • programas ambulatorios intensivos, • tratamiento para los trastornos de la conducta para autismo y trastorno generalizado del desarrollo (Pervasive Developmental Disorder, PPD) proporcionado en el hogar • otros servicios intermedios para pacientes ambulatorios que se encuentran entre la atención médica hospitalaria y las visitas regulares al consultorio para pacientes ambulatorios • hospitalización parcial ambulatoria¹⁴ • estimulación transcraneal para pacientes ambulatorios 	10 %, hasta \$5
Salud mental: visitas ambulatorias Servicios obtenidos durante una visita al consultorio de un proveedor, una visita ambulatoria en un hospital o una visita de atención médica de urgencia, Esto incluye: <ul style="list-style-type: none"> • visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individuales • Administración de medicamentos • pruebas psicológicas • intervención en caso de crisis (tratamiento a corto plazo en un programa residencial para crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia, con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda) 	\$5 por visita

Beneficio	Costo compartido de los miembros ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Trastorno de consumo de sustancias: atención para pacientes hospitalizados <ul style="list-style-type: none"> tarifa del centro para pacientes hospitalizados (por ejemplo, habitación del hospital) servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados¹³ Servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación 	10%
Tarifa del médico para el trastorno de consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	10%
Trastorno de consumo de sustancias: otros artículos y servicios para pacientes ambulatorios³³ Servicios proporcionados fuera de un consultorio, como en un centro de tratamiento o un hogar, que impliquen un tratamiento diario o semanal administrado durante varias horas <ul style="list-style-type: none"> hospitalización parcial ambulancias que no son de emergencia Programas de tratamiento diurno. programas ambulatorios intensivos, otros servicios intermedios para pacientes ambulatorios que se encuentran entre la atención médica hospitalaria y las visitas regulares al consultorio para pacientes ambulatorios 	10 %, hasta \$5
Trastorno de consumo de sustancias: visitas ambulatorias Servicios obtenidos durante una visita al consultorio de un proveedor, una visita ambulatoria en un hospital o una visita de atención médica de urgencia, Esto incluye: <ul style="list-style-type: none"> visitas al consultorio, evaluación y tratamiento individuales tratamiento en un entorno grupal, evaluación y tratamiento tratamiento médico para la abstinencia terapia de sustitución de opioides 	\$5 por visita
Tratamiento para los trastornos de la conducta para el trastorno del espectro autista (lo que incluye Asperger, autismo y trastorno generalizado del desarrollo) ¹⁵ <ul style="list-style-type: none"> evaluación y tratamiento individuales evaluación y tratamiento en un entorno grupal 	\$5 por visita
Servicios en consulta externa	
Tarifa de centros ambulatorios (Centro quirúrgico ambulatorio, Departamento de hospitalización ambulatoria)	10%
Tarifa del médico/cirujano para pacientes ambulatorios	10%
Visita ambulatoria Incluyen, entre otros, quimioterapia, radiación ambulatoria, terapia de infusión ambulatoria, diálisis ambulatoria y otros servicios similares ambulatorios. ¹⁰	10%
Pruebas ambulatorias	
Laboratorio y patología en consulta externa: Los servicios de laboratorio de diagnóstico están cubiertos por servicio o por prueba cuando se brindan para diagnosticar una enfermedad o lesión.	\$8
Radiografías y pruebas de diagnóstico por imágenes en consulta externa: Incluidas las mamografías y ecografías realizadas en un centro de radiología u hospital ambulatorio	\$8
Servicios de imágenes de diagnóstico Incluidas las TC, TEP, IRM e imágenes de medicina nuclear realizadas en el Departamento de Atención Ambulatoria de un hospital o un centro de atención ambulatoria independiente. Se necesita autorización previa.	\$50

Beneficio	Costo compartido de los miembros⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios podiátricos	
Servicios podiátricos proporcionados por un médico podólogo con licencia	\$5 por visita
Cuidado de rutina de los pies médicamente necesario	\$5 por visita
Beneficios de medicamentos recetados^{16,17,18,19,20,21,22} Nota: Si el precio minorista de un medicamento recetado, suministro o suplemento cubierto es menor que el copago, usted pagará la cantidad menor. El monto que pague se aplicará a su límite máximo de gastos de bolsillo y a su deducible (si corresponde).	Farmacia participante¹
Medicamentos recetados comprados en farmacias minoristas (suministro para hasta 30 días)	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos ²³	Sin cargo
Nivel 1 (en su mayoría genéricos)	\$3
Nivel 2 (de marca preferidos), incluida la fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU)	\$10
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$15
Nivel 4 (medicamentos de especialidad) Se necesita autorización previa.	10%, hasta \$150 por receta
Medicamentos recetados comprados mediante servicio por correo (suministro para hasta 90 días)	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos ²³	Sin cargo
Nivel 1 (en su mayoría genéricos)	\$6
Nivel 2 (de marca preferidos)	\$20
Nivel 3 (de marca no preferidos)	\$30
Beneficios de atención médica para el embarazo y la maternidad	
Visitas al consultorio del médico antes de la concepción y prenatales, lo que incluye el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto mediante procedimientos de diagnóstico en caso de embarazo de alto riesgo	Sin cargo
Todos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizadas necesarios para un parto normal, una cesárea y complicaciones del embarazo	10%
Todos los servicios profesionales para pacientes hospitalizadas necesarios para un parto normal, una cesárea y complicaciones del embarazo	10%
Visitas iniciales posparto al consultorio del médico	Sin cargo
Circuncisión de rutina de recién nacidos	10%
Beneficios de atención médica preventiva	
Atención médica preventiva, pruebas de detección e inmunizaciones Incluye pruebas generales preventivas de detección del cáncer, pruebas de detección del cáncer cervical (pruebas de detección y vacunas para el virus del papiloma humano), mamografías para la detección del cáncer de seno, pruebas de antígenos específicos de la próstata, pruebas de sangre oculta en las heces, colonoscopia, análisis de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de diabetes (pruebas de glucosa en sangre en ayunas), determinadas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), pruebas de VIH, servicios de dietilestilbestrol, pruebas de detección de aneurismas aórticos, angiografías de retina, densitometrías óseas y tomografías computarizadas. Consulte la sección de Atención médica preventiva de la Evidencia de cobertura para obtener más información.	Sin cargo
Examen físico de rutina	Sin cargo
Examen infantil de rutina preventivo (hasta los 23 meses de edad)	Sin cargo

Beneficio	Costo compartido de los miembros ⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Beneficios de profesionales (médicos)	
Visitas al consultorio del médico Nota: Si recibe algún otro servicio en la visita al consultorio, es posible que incurra en un copago adicional por dicho beneficio, según lo detallado para ese servicio en este Resumen de beneficios. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, este copago adicional por ese beneficio puede estar sujeto al deducible médico por año calendario.	\$5 por visita
Visitas al consultorio de otros proveedores de servicios de salud ²⁴	\$5 por visita
Visitas al consultorio de un especialista ²⁵	\$8 por visita
Visitas de atención médica de urgencia	\$5 por visita
Beneficios de servicios de rehabilitación y habilitación (terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria) Servicios de rehabilitación proporcionados por un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, del habla o un terapeuta respiratorio en los siguientes lugares:	
Consultorio	\$5 por visita
Departamento de atención ambulatoria de un hospital	\$5 por visita
Unidad de rehabilitación de un hospital por días médicamente necesarios En una instalación para pacientes hospitalizados, este coseguro se factura como parte de los Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.	10%
Beneficios de hospital de enfermería Servicios proporcionados por un hospital de enfermería independiente Hasta un máximo de beneficios de 100 días por miembro por año calendario. Estos servicios tienen un máximo de días por año calendario, excepto cuando se reciben a través de un Programa de cuidados paliativos proporcionado por una agencia de cuidados paliativos participante. Este máximo de días es un máximo de beneficios combinado para todos los servicios de enfermería especializada, ya sea que los proporcione un hospital o un hospital de enfermería independiente. Si su plan de beneficios tiene un deducible médico por año calendario, la cantidad de días comienza a contarse para el máximo cuando los servicios se proporcionan por primera vez, aunque no se haya alcanzado el deducible médico por año calendario.	10%
Beneficios de la vista pediátricos²⁷ (miembros de hasta 19 años)	
Examen de la vista de rutina (1 visita por año calendario)	Sin cargo
Anteojos recetados Incluye marcos y lentes. (un par por año)	Sin cargo
Lentes de contacto y lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.	Sin cargo
Corrección de la vista con láser ²⁷	No está cubierto
Beneficios dentales pediátricos^{28,29} (miembros de hasta 19 años)	
Servicios preventivos y diagnósticos (incluye examen bucal, limpiezas y radiografías preventivas, selladores por pieza dental, aplicación tópica de flúor y conservadores de espacio fijos)	Sin cargo
Servicios básicos incluye procedimientos restaurativos y servicios de mantenimiento periodontal	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024

Beneficio	Costo compartido de los miembros⁵
	Servicios proporcionados por proveedores preferidos y participantes¹
Servicios de mayor envergadura coronas y moldes	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024
Endodoncia	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024
Periodoncia (que no sea de mantenimiento)	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024
Prótesis dentales	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024
Cirugía bucal	Consulte la tabla de copagos dentales de 2024
Ortodoncia ³⁰ Ortodoncia médicamente necesaria	50%

Resumen de beneficios Notas finales:

- 1) Todos los pagos de costos compartidos por servicios cubiertos dentro de la red se aplican al máximo de gastos de bolsillo. Si se aplica un deducible para el servicio, los pagos de costos compartidos por todos los servicios dentro de la red se acumulan para el deducible. Los servicios dentro de la red incluyen los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red, pero aprobados como dentro de la red por el emisor de seguros.
- 2) El miembro es responsable de todos los cargos al recibir atención médica fuera de la red, a menos que los servicios proporcionados se consideren una emergencia médica o que los servicios proporcionados estén aprobados por el plan. En algunos casos, un proveedor que no pertenece al plan puede ofrecer servicios cubiertos en una instalación dentro de la red donde se le ha autorizado recibir atención médica. Usted no es responsable por cualquier cantidad que exceda su costo compartido por los servicios cubiertos que reciba en los lugares que pertenecen al plan o instalaciones dentro de la red que autorizamos para que reciba atención médica.
- 3) Los pagos de costos compartidos por medicamentos que no estén incluidos en el formulario, pero que estén aprobados como excepciones, se acumulan para el máximo de gastos de bolsillo dentro de la red del plan.
- 4) En la cobertura que no sea individual solamente, los pagos de una persona para alcanzar el deducible, si corresponde, se limitan a la cantidad del deducible anual individual. En la cobertura que no sea individual solamente, los gastos de bolsillo de una persona se limitan al máximo anual de gastos de bolsillo de la persona. Después de que un grupo familiar alcance el máximo familiar de gastos de bolsillo, el emisor de seguros pagará todos los costos de los servicios cubiertos para todos los miembros de la familia.
- 5) Los copagos nunca pueden superar el costo real del servicio del plan. Por ejemplo, si los análisis de laboratorio cuestan menos que el copago de \$45, la cantidad menor es el costo compartido aplicable.
- 6) La cobertura del traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público no está incluida.
- 7) El emisor de seguros de salud no puede imponer un costo compartido al miembro para el autocontrol de la diabetes, que se define como los servicios que se proporcionan para la capacitación, la educación y la terapia de nutrición médica para el autocontrol de pacientes diabéticos ambulatorios para permitir que un miembro use correctamente los dispositivos, equipos, medicamentos y suministros, y cualquier capacitación, educación y terapia de nutrición médica adicional para el autocontrol de pacientes ambulatorios cuando lo indique o recete el médico del miembro. Esto incluye, entre otros, la instrucción que permitirá a los pacientes diabéticos y sus familias comprender el proceso de la enfermedad diabética y el manejo diario de la terapia diabética, a fin de evitar hospitalizaciones frecuentes y complicaciones.
- 8) El costo compartido por los servicios de cuidados paliativos se aplica independientemente del lugar del servicio.
- 9) El costo compartido del médico para pacientes hospitalizados puede aplicarse a cualquier médico que facture por separado del centro (por ejemplo, un cirujano). El médico de atención primaria o especialista de un miembro puede aplicar el costo compartido de la visita al consultorio cuando realiza una visita al miembro en un hospital o un hospital de enfermería. Si el centro no factura la tarifa del centro y la tarifa del médico o cirujano por separado, un emisor de seguros puede aplicar los requisitos de costo compartido para la tarifa del centro a la totalidad del cargo.
- 10) El concepto de Visita en consulta externa dentro de la categoría de Servicios en consulta externa incluye, a modo de ejemplo, los siguientes tipos de visitas en consulta externa: quimioterapia en consulta externa, radioterapia en consulta externa, terapia de infusión en consulta externa, diálisis en consulta externa y servicios similares en consulta externa.
- 11) No se necesita autorización previa para la visita inicial al consultorio/en consulta externa para hacer un diagnóstico o determinar el tratamiento. No se necesita autorización previa para la atención médica ambulatoria de rutina proporcionada en el consultorio para diagnosticar o tratar trastornos de salud mental o abuso de sustancias cuando es brindada por un proveedor dentro de la red. No hay límite sobre el número de visitas al consultorio o ambulatorias.
- 12) Covered California puede aprobar desviaciones de los diseños de los planes de beneficios para ciertos servicios, caso por caso, si es necesario para cumplir con la Ley de Paridad en la Salud Mental de California o la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).
- 13) El tratamiento residencial para abuso de sustancias que emplee métodos terapéuticos altamente intensivos y variados en un contexto altamente estructurado y que se realice en entornos tales como programas de rehabilitación residencial comunitaria, programas de administración de atención médica y programas postratamiento, se categoriza como servicios para el trastorno de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.
- 14) Los servicios de hospitalización parcial ambulatorios incluyen atención médica ambulatoria intensiva hospitalaria a corto plazo. Para los servicios de hospitalización parcial en consulta externa, un episodio de atención médica comienza en la fecha en que el paciente es admitido en el Programa de hospitalización parcial y finaliza en la fecha

en que el paciente es dado de alta o abandona el Programa de hospitalización parcial. Todos los servicios recibidos entre estas dos fechas constituirían un episodio de atención médica. Si el paciente necesita ser readmitido en una fecha posterior, esto constituiría otro episodio de atención médica.

- 15) El tratamiento para los trastornos de la conducta para el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo está cubierto por los servicios ambulatorios de cuidado para los trastornos de la conducta y mentales.
- 16) Para medicamentos para tratar una enfermedad o afección, se aplica el copago o coseguro correspondiente al suministro de la receta médica para hasta 30 días. Por ejemplo, si la receta es para un suministro para un mes, puede cobrarse un solo copago o coseguro. Nada de lo incluido en esta nota impide que un emisor de seguros ofrezca los medicamentos recetados pedidos por correo a un costo compartido reducido.
- 17) A continuación, se definen los niveles de medicamentos:

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

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

- 18) Los emisores de seguros deben cumplir la sección 156.122(d) del título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), con fecha del 27 de febrero de 2015, que exige que el plan de salud publique una lista actualizada, precisa y completa de todos los medicamentos cubiertos en su lista del formulario, incluida la estructura de niveles que se adopte.
- 19) El formulario de un plan debe incluir una descripción clara por escrito del proceso de excepción que una persona inscrita podría utilizar para obtener la cobertura de un medicamento que no esté incluido en el formulario del plan.
- 20) La parte de los costos que pagará el miembro por los medicamentos orales contra el cáncer no superará los \$250 por una receta para un máximo de 30 días, de conformidad con la ley estatal (sección §1367.656 del Código de Salud y Seguridad, sección §10123.206 del Código de Seguros).
- 21) Si un proveedor autoriza un medicamento de marca que el plan no considera médicamente necesario, el miembro tiene la opción de aceptar un medicamento genérico alternativo o el miembro deberá pagar el copago correspondiente al medicamento de marca equivalente.
- 22) Para todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA, no puede imponerse ningún límite en la cantidad de días de tratamiento (ya sea solos o en combinación) durante el año del plan.
- 23) No se debe pagar ningún copago ni coseguro por los medicamentos y dispositivos anticonceptivos. No obstante, si se solicita un medicamento anticonceptivo de marca cuando se dispone de un medicamento genérico equivalente, el miembro deberá pagar el copago correspondiente al medicamento anticonceptivo de marca equivalente. Además, para estar cubiertos sin copago ni coseguro, es posible que se necesite autorización previa para determinados anticonceptivos.
- 24) La categoría Otros proveedores de servicios de salud puede incluir enfermeros con práctica médica, enfermeras

parteras certificadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios, psicólogos clínicos, terapeutas del habla y del lenguaje, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas matrimoniales y familiares, terapeutas especialistas en análisis del comportamiento aplicado, acupunturistas con práctica médica, dietistas titulados y otros asesores nutricionales. Nada en esta nota impide que un plan utilice otra categoría de beneficios comparable que no sea especialista para un servicio proporcionado por uno de estos proveedores de servicios de salud. Los servicios proporcionados por especialistas para el tratamiento de la salud mental o de un trastorno de consumo de sustancias se clasificarán como servicios ambulatorios para la salud mental/conductual o trastornos de consumo de sustancias.

- 25) Los especialistas son médicos con una de las siguientes especialidades: alergia, anestesiología, dermatología, cardiología y otros especialistas en medicina interna, neonatología, neurología, oncología, oftalmología, ortopedia, patología, psiquiatría, radiología, cualquier especialidad quirúrgica, otorrinolaringología, urología y otras especialidades designadas según corresponda.
- 26) Esto incluye marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos oseointegrados y articulaciones de cadera.
- 27) Examen de la vista de rutina, marcos y lentes disponibles una vez por año calendario. Los lentes incluyen monofocales, bifocales con línea o lenticulares, de policarbonato, de plástico o de vidrio, que están cubiertos totalmente; la protección contra rayos UV y rayones está cubierta totalmente. Los marcos de una Colección de intercambio pediátrico están cubiertos totalmente. Los lentes de contacto en reemplazo de anteojos están cubiertos totalmente. Un par estándar por año. Mensuales (suministro para 6 meses), bisemanales (suministro para 3 meses) y diarios (suministro para 1 mes). Las limitaciones incluyen lo siguiente: dos pares de vidrio en lugar de bifocales; reemplazo de lentes, marcos o lentes de contacto; tratamiento médico o quirúrgico; tratamiento ortóptico; entrenamiento visual o pruebas adicionales. Artículos no cubiertos por la cobertura de lentes de contacto: pólizas de seguro o acuerdos de servicio, lentes con pintura artística o sin receta, visitas adicionales al consultorio para patología por lentes de contacto y modificación, pulido o limpieza de lentes de contacto. Descuento para corrección de la vista con láser: 15% del precio regular o 5% del precio promocional; los descuentos están disponibles únicamente a través de instalaciones contratadas.
- 28) Según corresponda, para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios dentales para niños, un emisor de seguros puede elegir el diseño del plan de beneficios estándares dentales para niños con copago o coseguro, independientemente de que seleccione el diseño con copago o coseguro para la parte del diseño de beneficios correspondiente a los beneficios que no sean dentales. En el plan Catastrophic, debe aplicarse el deducible para los beneficios dentales no preventivos para niños.
- 29) Un diseño de beneficios de un plan de salud que utiliza el diseño de copago de beneficios dentales estándar para niños debe cumplir la tabla de copagos dentales de Covered California de 2024.
- 30) El costo compartido del miembro por los servicios de ortodoncia médicamente necesarios se aplica al curso de tratamiento, no a los años de beneficios individuales dentro de un curso de tratamiento de varios años. Este costo compartido del miembro se aplica al curso del tratamiento siempre que el miembro permanezca inscrito en el plan.
- 31) Para cualquier diseño de plan de beneficios en el que no esté presente una designación de Solo individual o Solo CCSB, el diseño del plan de beneficios será aplicable a los mercados individuales y de grupos pequeños. Si un plan de salud busca ofrecer dichos diseños de planes de beneficios en ambos mercados, se tratarán como diseños de planes de beneficios separados para fines de cumplimiento normativo.
- 32) Las condiciones de costos compartidos y los requisitos de acumulación para los beneficios de salud no esenciales que son servicios cubiertos no se abordan en estos diseños de planes de beneficios centrados en el paciente.
- 33) Los otros artículos y servicios ambulatorios de salud mental/trastornos por consumo de sustancias incluyen, entre otros, la hospitalización parcial, el tratamiento psiquiátrico intensivo multidisciplinario para pacientes ambulatorios, los programas de tratamiento diurno, los programas intensivos para pacientes ambulatorios, el tratamiento para los trastornos de la conducta para PDD/autismo prestado en el hogar y otros servicios intermedios para pacientes ambulatorios que se encuentran entre la atención para pacientes hospitalizados y las visitas regulares al consultorio para pacientes ambulatorios.
- 34) El máximo de gastos de bolsillo en el HDHP Bronze no superará el límite máximo de gastos de bolsillo especificado por el IRS en su procedimiento de ingresos para el año natural 2024 para los importes ajustados a la inflación para los HDHP vinculados a las cuentas de ahorros para la salud (Health Savings Accounts, HSA), emitido de conformidad con la sección 223 del título 26 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.).
- 35) Cuando se indique, el deducible no se aplica a las primeras tres visitas no preventivas, que pueden incluir visitas de atención primaria, otras visitas al consultorio de un proveedor de servicios de salud, visitas a especialistas, visitas de atención médica de urgencia o visitas ambulatorias por trastornos de salud mental o consumo de sustancias.

Infórmese sobre su cobertura

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

Información básica

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

Programas especiales

L.A. Care ofrece los siguientes programas especiales:

- **Programas de Mejora de la Calidad** para mejorar la calidad y la equidad de la atención médica, la seguridad y los servicios que ofrecemos a nuestros miembros. Estos programas le ayudan a mantenerse saludable. También ayudan a L.A. Care a asegurarse de que nuestros miembros reciban la atención médica que necesitan.
- **Programas de Administración de Atención Médica** para los miembros que tienen problemas médicos difíciles.
- **Programas para controlar mejor enfermedades**, como la diabetes o el asma.

Cómo se toman las decisiones sobre su atención médica

- Cómo los médicos y el personal toman decisiones sobre su atención médica basándose únicamente en sus necesidades y sus beneficios. No alentamos a los médicos a brindar menos atención médica de la que usted necesita, y tampoco se les paga para que denieguen la atención médica.

- Cómo comunicarse con nosotros si desea obtener más información sobre cómo se toman las decisiones sobre su atención médica.
- Cómo apelar una decisión sobre su atención médica, incluida una revisión independiente externa.
- L.A. Care tiene una lista de medicamentos cubiertos, denominada Formulario.
- El Formulario se actualiza y se publica mensualmente, y usted puede encontrar tanto el Formulario como las actualizaciones en nuestro sitio web en lacare.org.
- Algunos medicamentos cubiertos tienen restricciones, como la terapia de pasos (Step Therapy, ST) y los límites de cantidad (Quantity Limits, QL), o necesitan autorización previa (Prior Authorization, PA).
- En la mayoría de los casos, se utilizarán medicamentos genéricos aprobados por la FDA, incluso cuando haya disponible un medicamento de marca.
- Si su medicamento no está en el Formulario o tiene una restricción, su médico deberá presentar una solicitud a L.A. Care. La solicitud podrá aprobarse si existe una necesidad médica documentada.
- Para ver una lista completa y la explicación de las restricciones y de los procedimientos de gestión farmacéutica, visite el sitio web de L.A. Care en lacare.org.

Asuntos relacionados con los miembros

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

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

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

Acuerdo del Suscriptor y Documento combinado de Evidencia de cobertura
y formulario de Divulgación

Índice

Servicio al cliente	7
¡Bienvenido!	7
¿Qué es esta publicación?	7
Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación	7
¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?	8
Privacidad de la información médica	8
Tarjeta de identificación (ID) para miembro	11
Lista y directorio de proveedores	12
Servicios de traducción y recursos para personas con discapacidades	12
Área de servicio	15
Acceso oportuno a la atención médica	16
Información útil en Internet: lacare.org.	17
Declaración de derechos de los miembros.	18
Cómo obtener atención médica	20
Médico de atención primaria (PCP)	20
¿Cuál es la diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito?	20
Cómo programar una cita	20
Cómo cambiar de PCP	21
Cómo obtener información sobre los médicos y especialistas que trabajan con L.A. Care	22
Evaluación de la salud	22
Segundas opiniones	25
Cómo encontrar una farmacia	25
Copagos de farmacia	27
Servicios de atención médica de emergencia y urgencia	29
Servicios no calificados	31
Continuidad de la atención médica	31
Quejas y Apelaciones	33
Cómo presentar una queja	33
Cómo presentar una queja por casos urgentes	34
Revisión Médica Independiente.	35
Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada	36

Elegibilidad e inscripción	37
Período de inscripción abierta	38
Inscripción especial	39
Responsabilidades de pago	41
¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?	41
Primas mensuales	41
Comprobante de cobertura	42
¿Qué son los copagos (otros cargos)?	42
Costos compartidos	43
El deducible anual	44
Máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM)	44
Solicitud de cancelación mediante una notificación por escrito	45
Notificación de cancelación por escrito	45
Beneficios del plan	48
Cirugía bariátrica	48
Servicios para los trastornos de la conducta	48
Servicios para el cáncer	50
Estudios clínicos	51
Servicios dentales y ortodónticos	51
Cuidados para la diabetes	52
Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico	53
Cuidados de diálisis	54
Equipo médico duradero (DME)	54
Servicios de atención médica de emergencia	55
Planificación familiar	56
Servicios de educación de la salud	57
Servicios para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	58
Servicios de salud en el hogar	58
Centro de cuidados paliativos	59
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	60
Cuidados de maternidad	61
Terapia médica nutricional (MNT)	62
Transporte médico	62
Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios en establecimientos ambulatorios	63
Suministros para estoma y urológicos	63
Control del dolor	64

Servicios pediátricos	64
Servicios podiátricos (cuidado de los pies)	65
Atención prenatal	65
Medicamentos, suministros y suplementos recetados (para pacientes ambulatorios).	65
Servicios de atención médica preventiva	68
Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios	69
Dispositivos protésicos y ortopédicos.	70
Cirugía reconstructiva	71
Atención de enfermería especializada.	71
Servicios para trastornos de consumo de sustancias	72
Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos	72
Servicios de transgénero.	73
Trasplantes	73
Servicios para los Niños de California (CCS).	73
Exclusiones y limitaciones	74
Información general	79
Definiciones	83
Números telefónicos importantes	92
Mapa del área de servicio	94

Servicio al Cliente

¡Bienvenido!

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

¿Qué es esta publicación?

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

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor, renovación y modificación

Plazo de este Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* tendrá vigencia desde el 1 de enero de 2024 (o la fecha de entrada en vigor de su membresía, si es posterior) hasta el 31 de diciembre de 2024, a menos que este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*:

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

Sección de renovación

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

Proceso de modificación

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



¿Qué debo hacer si sigo necesitando ayuda?

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

Nota: Este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* proporciona los términos y condiciones de la cobertura de L.A. Care. Las personas tienen derecho a ver estos documentos antes de inscribirse en L.A. Care. Las personas con necesidades médicas especiales deberían prestar atención, en particular, a las secciones aplicables a su caso.

Puede comunicarse con L.A. Care o visitar nuestras oficinas si tiene preguntas específicas sobre los servicios y planes de beneficios de L.A. Care *Covered*[™]. Estos son nuestros datos:

L.A. Care Health Plan
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
1.855.270.2327 (TTY 711)

lacare.org

Al inscribirse y aceptar los servicios de salud brindados por L.A. Care *Covered*[™], las Personas inscritas se comprometen a respetar todos los términos y condiciones de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

Privacidad de la información médica

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

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

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

Todo el personal de L.A. Care que tiene acceso a su información médica recibe capacitación sobre las leyes de privacidad y sigue las pautas de L.A. Care. También firman un acuerdo para confirmar que mantendrán la privacidad de toda la información médica. L.A. Care no proporciona la información médica a ninguna persona o grupo que no tenga derecho a recibirla en virtud de la ley. L.A. Care necesita cierta información acerca de usted para poder brindarle buenos servicios de atención médica. Entre la información médica protegida que se recopila, utiliza y divulga de manera rutinaria y otros datos de información confidencial se incluyen:

- Nombre
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Orientación sexual
- Identidad de género
- Nivel de educación
- Idiomas que habla, lee y escribe
- Raza
- Origen étnico
- Domicilio

- Número de teléfono de su casa o trabajo
- Número de teléfono celular
- Antecedentes médicos

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

- Usted
- Covered California™
- Otro plan de salud
- Su médico o proveedores de servicios de atención médica
- Su solicitud para la cobertura de atención médica
- Sus expedientes médicos

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

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

L.A. Care puede proporcionar su información médica a otro plan de salud o grupo para:

- Brindar un diagnóstico o tratamiento
- Hacer pagos de atención médica
- Revisar la calidad de la atención médica que usted recibe

En ocasiones, también se puede dar su información médica a:

- Grupos que otorguen licencias a los proveedores de atención médica
- Agencias públicas
- Investigadores
- Tribunales testamentarios
- Grupos de donación de órganos
- Agencias federales o estatales, según lo requiera la ley
- Programas de control de enfermedades

Confidencialidad de la información médica

De conformidad con las leyes de California, L.A. Care protege la confidencialidad de la información médica de cada persona inscrita. Las medidas que tomamos para este fin incluyen:

- No exigimos que una persona protegida* obtenga la autorización del suscriptor principal o de otra persona inscrita para recibir servicios confidenciales.**
- Dirigiremos las comunicaciones*** relativas a la recepción de servicios confidenciales por parte de una persona protegida:
 - Directamente a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados de la persona protegida, o,
 - En ausencia de una dirección o un número de teléfono alternativos designados, dirigiremos las comunicaciones al número de teléfono que tengamos registrado a nombre de la persona protegida.

- No divulgaremos información médica relacionada con servicios de atención médica confidenciales que se hayan prestado a una persona protegida, al suscriptor principal ni a ninguna otra persona inscrita en el plan, sin la autorización expresa de la persona protegida.
- No divulgaremos información médica relacionada con un niño que reciba atención médica o atención de salud mental de afirmación de género en respuesta a una acción civil contra una persona o entidad basada en la ley de otro estado que autoriza a un individuo a interponer una acción civil contra una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de afirmación de género o atención de salud mental de afirmación de género.
- No divulgaremos información médica a personas o entidades que hayan solicitado dicha información y que estén autorizadas por ley a recibir dicha información de conformidad con la sección § 56.10(c) del Código Civil, si la información está relacionada con una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de afirmación de género o atención de salud mental de afirmación de género, y la información se solicita de conformidad con la ley de otro estado que autoriza a una persona a interponer una acción civil contra una persona o entidad que permite que un niño reciba atención médica de afirmación de género o atención de salud mental de afirmación de género. Sección 56.109 del Código Civil.

*Una persona protegida es cualquier adulto cubierto por el plan de salud del suscriptor o un menor que pueda dar su consentimiento para recibir servicios de atención médica sin el consentimiento de sus padres o tutores legales.

**Por servicios confidenciales se entienden todos los servicios de atención médica relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos de consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja.

***Las comunicaciones incluyen:

- Facturas e intentos de cobro de pagos.
- Notificaciones de determinaciones adversas de beneficios.
- Notificaciones de explicaciones de beneficios.
- Solicitudes de información adicional con respecto a un reclamo.
- Notificaciones de un reclamo impugnado.
- El nombre y la dirección de un proveedor, la descripción de los servicios prestados y demás información relacionada con una visita.
- Cualquier comunicación escrita, oral o electrónica de un plan que contenga información de salud protegida.

Si desean solicitar adaptaciones para comunicaciones confidenciales, las personas pueden comunicarse con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** o enviar una solicitud por escrito por correo prioritario (First-Class Mail®) a la siguiente dirección:

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



La solicitud debe incluir los datos del miembro y la información de contacto alternativa. Las solicitudes se implementarán en un plazo de 7 días a partir de la recepción de una solicitud telefónica o de 14 días a partir de la recepción de una solicitud por correo prioritario (First-Class Mail®). La adaptación seguirá vigente hasta que la persona revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

TENEMOS A SU DISPOSICIÓN, Y SE LO PROPORCIONAREMOS SI ASÍ LO SOLICITA, UN DOCUMENTO QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE L.A. CARE PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS.

Si tiene alguna pregunta o desea saber más acerca de su información médica, o si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad de L.A. Care, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Tarjeta de identificación (ID) para miembro

Recibirá una tarjeta de identificación que indica que usted es Miembro de L.A. Care. Lleve su tarjeta de identificación para miembro con usted en todo momento. Entregue la tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital o a cualquier otro proveedor cuando necesite atención médica. Su tarjeta de identificación para miembro contiene la información que necesitan los profesionales de atención médica para comprobar que su atención esté cubierta. Si no muestra su tarjeta de identificación para miembro cuando vaya a recibir atención médica, la facturación podría ser incorrecta.

 	
Effective Date:	Plan Level:
Name:	RxBIN: 610602
Member ID:	RxPCN: NVT
PCP/Clinic:	RxGroup: LCC
PCP Phone:	
Medical Group:	
Medical Group Phone:	
Office Visit: \$5	Urgent Care: \$5
ER Visit (Waived if admitted): \$35	

Member Services:	1.855.270.2327 (TTY 711)
Nurse Advice Line:	1.800.249.3619 (TTY 711)
Behavioral Health Services:	1.877.344.2858 (TTY 711)
Telehealth:	1.855.270.2327 (TTY 711)
Providers can call for:	
Pre-authorizations*:	1.877.431.2273
Pharmacy Help Desk:	1.844.268.9787
*Pre-authorization is required for all non-emergent hospital admissions.	
Submit Medical Claims to:	
L.A. Care Health Plan Attn: Claims Mail Room P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90017	
Access your personal online account with L.A. Care Connect™: members.lacare.org	

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

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

Lista y directorio de proveedores

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

- Planificación familiar
- Servicios de anticoncepción, incluidos los anticonceptivos de emergencia
- Esterilización, incluida la esterilización femenina en el momento del trabajo de parto y parto
- Tratamientos para la infertilidad
- Aborto

Le recomendamos que obtenga más información antes de inscribirse. Llame al médico, grupo médico, asociación de consultorios independientes o clínica que tenga pensado elegir, o llame a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**, para asegurarse de poder obtener los servicios de atención médica que necesite.

Servicios de traducción y recursos para personas con discapacidades

L.A. Care puede preguntarle sus preferencias de idioma, formato de comunicación escrita, así como su raza/origen étnico para ayudarle a acceder a servicios que satisfagan sus necesidades y así recibir una mejor atención.

La información se utilizará para proporcionarle material escrito en su idioma y formato preferidos, así como servicios de interpretación sin costo, incluido el lenguaje de señas americano, para su cita con el médico.

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

Información escrita en otros idiomas y formatos

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

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

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

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

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

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

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

Farsi:

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

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

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

:Arabic

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

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

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

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

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

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

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

Servicios de interpretación sin costo

Al recibir servicios de atención médica, usted tiene derecho a los servicios de interpretación sin costo. L.A. Care ofrece servicios de interpretación gratuitos en su idioma, incluido el lenguaje de señas americano. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Es importante que haya un intérprete profesional presente en sus citas médicas, ya que le ayudará a comunicarse con su médico y a comprender su estado de salud y cómo cuidarse. Un intérprete profesional está capacitado, conoce la terminología médica e interpretará de forma correcta y completa todo lo que se diga entre usted y su médico. El intérprete respetará la confidencialidad y privacidad de la conversación con su médico. No debe usar como intérpretes a amigos ni familiares, especialmente a niños. Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** si necesita servicios de interpretación. Podemos brindarle asistencia telefónica en su idioma y asegurarnos de que cuente con un intérprete para su próxima cita. Para solicitar un intérprete:

Paso 1: Programe una cita con su médico.

Paso 2: Llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** al menos diez días hábiles antes de su cita y proporcione la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de identificación de miembro
- Fecha y horario de su cita
- Nombre del médico
- Dirección y número de teléfono del médico

Si la cita con su médico se cancela o modifica, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** tan pronto como sea posible.

Información sobre acceso para personas con discapacidades

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

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

Recuerde: Informe al consultorio de su médico si es posible que necesite más tiempo durante su visita, debido a que necesita ayuda adicional.

Quejas

Usted tiene derecho a presentar una queja:

- Si cree que le negaron un servicio por su discapacidad o porque no habla inglés
- Si no consigue un intérprete
- Si tiene una queja sobre el intérprete
- Si no puede obtener información en su idioma o formato
- Si no se satisfacen sus necesidades culturales

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

Área de servicio

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

Viajes fuera del condado de Los Ángeles

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

¿Fuera del condado de Los Ángeles?

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

Acceso oportuno a la atención médica

Las leyes de California exigen que los planes de salud proporcionen acceso oportuno a la atención médica. Esto significa que hay límites en cuanto al tiempo que tiene que esperar para obtener citas de atención médica y consejos telefónicos.

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

Tiempos de espera para la cita

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

Citas urgentes	Tiempo de espera
Para servicios que no requieren aprobación previa	48 horas
Para servicios que requieren aprobación previa	96 horas
Citas de rutina	Tiempo de espera
Cita de atención médica primaria	10 días hábiles
Cita con especialista	15 días hábiles
Cita con un proveedor de atención de la salud mental o de trastornos de consumo de sustancias (que no es médico)	10 días hábiles*
Cita para otros servicios para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica	15 días hábiles

*No se pretende limitar las citas de seguimiento a una vez cada 10 días hábiles.

Tiempos de espera en el teléfono

- Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y hablar con un profesional de la salud calificado para decidir si su problema de salud es urgente. Si alguien tiene que devolverle la llamada, deberá hacerlo en un plazo de 30 minutos. Busque el número de teléfono en su tarjeta de identificación.
- Si llama a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**, deberían responderle en un plazo de 10 minutos durante el horario de atención habitual.

Excepciones

- El objetivo de la Ley de Acceso Oportuno es garantizar que usted reciba la atención médica que necesita. A veces, usted necesitará citas más pronto que lo exigido por la ley.
- De ser así, su médico podrá solicitar que se brinde una cita más pronto.
- Sin embargo, hay ocasiones en las que esperar más tiempo para recibir atención médica no representa un problema.
- En ese caso, es posible que su proveedor le dé un tiempo de espera más largo si esto no perjudicará su salud. Deberá aclararse en su expediente que el tiempo de espera más largo no dañará su salud.
- Si no puede conseguir una cita oportuna en su área porque no hay suficientes proveedores, su plan de salud debe ayudarle a conseguir una cita con un proveedor apropiado.

Comuníquese con la Línea de Enfermería de L.A. Care al **1.800.249.3619**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (incluidos los días festivos), para acceder a servicios de evaluación de la prioridad o priorización por teléfono.

Información útil en Internet en lacare.org

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

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

También puede ver si cumple con los requisitos necesarios para recibir cobertura médica. Incluso puede solicitar un cambio de médico o grupo médico. Dado que esta información es privada, debe registrarse para entrar en L.A. Care Connect. (Tenga a mano su tarjeta de identificación para miembro, ya que le pediremos su número de identificación de miembro). Para acceder a su cuenta de L.A. Care Connect, visite **lacare.org** y haga lo siguiente:

- Haga clic en Ingreso de miembros.
- Haga clic en Elegibilidad para verificar su elegibilidad.
- Haga clic en Cambiar de médico para solicitar el cambio de médico.

Declaración de derechos de los miembros

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actuar de manera cortés y respetuosa. Tiene la responsabilidad de tratar con respeto y cortesía a su médico de L.A. Care, a todos los proveedores y al personal. Es responsable de llegar puntualmente a sus visitas o de llamar al consultorio de su médico por lo menos 24 horas antes de la visita para cancelarla o reprogramarla.

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

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

Utilizar la sala de emergencias solo en caso de emergencia. Tiene la responsabilidad de utilizar la sala de emergencias en casos de emergencia o cuando se lo indique su médico o la Línea de Enfermería gratuita de L.A. Care disponible las 24 horas. Si no está seguro de que se trata de una emergencia, puede llamar a su médico o a nuestra Línea de Enfermería gratuita al **1.800.249.3619**.

Denunciar actos indebidos. Usted tiene la responsabilidad de denunciar los casos de fraude en la atención médica o cualquier otro acto indebido a L.A. Care. Lo puede hacer sin proporcionar su nombre llamando a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de L.A. Care, al número gratuito **1.800.400.4889**.

Cómo obtener atención médica

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

Médico de atención primaria (PCP)

Lea la siguiente información para saber de quiénes o de qué grupo de proveedores puede obtener atención médica. Todos los Miembros de L.A. Care deben tener un médico de atención primaria (PCP). El nombre y número de teléfono de su PCP figuran en su tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care. A excepción de los servicios de emergencia, su PCP coordinará toda la atención médica que usted necesite, le referirá a especialistas y coordinará los servicios hospitalarios. Cada PCP trabaja con un grupo de proveedores participantes (Participating Provider Group, PPG), que es otro modo de denominar a un grupo médico. Cada PPG trabaja con determinados especialistas, hospitales y otros proveedores de atención médica. El PCP que usted elija determinará qué proveedores de atención médica estarán a su disposición.

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

Si bien ambos son Miembros de L.A. Care, existe una diferencia entre una Persona inscrita y un Dependiente inscrito. Una Persona inscrita es el Miembro que se inscribió en L.A. Care después de que Covered California™ determinara que era elegible. La Persona inscrita paga las primas mensuales a L.A. Care por su cobertura de atención médica, o por su cobertura y la de cualquier Dependiente inscrito. Un Dependiente inscrito es una persona, como un hijo, cuya condición de dependiente de la Persona inscrita le permite ser Miembro de L.A. Care.

¿Por qué destacamos la diferencia? Porque las Personas inscritas suelen tener responsabilidades especiales, como compartir las actualizaciones sobre los beneficios con cualquier Dependiente inscrito. Las Personas inscritas también tienen otras responsabilidades especiales que se detallan en esta publicación. Si usted es una Persona inscrita, esté atento a cualquier instrucción destinada específicamente a usted.

Cómo programar una cita

Paso 1: Llame a su PCP.

Paso 2: Explique por qué llamó.

Paso 3: Pida una cita.

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

Las visitas a una clínica o un médico suelen programarse para los días lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Es posible que algunas clínicas o consultorios médicos de L.A. Care ofrezcan citas por la noche y los días sábado. Llame al consultorio de su PCP para confirmar el horario de atención, o puede consultar nuestro Directorio de proveedores, que está disponible en lacare.org.

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

También puede llamar a la Línea de Enfermería al número que se encuentra en su tarjeta de identificación para miembro. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, para que una enfermera titulada responda sus preguntas de atención médica y evalúe sus inquietudes con respecto a su salud y sus síntomas. Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El PCP o enfermero de L.A. Care responderá sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita ir a la clínica o al consultorio médico.

Si necesita atención médica de urgencia (cuando la condición, enfermedad o lesión no pone en peligro su vida, pero necesita atención médica inmediata), llame o vaya al centro de atención médica de urgencia más cercano. Muchos de los médicos de L.A. Care tienen horarios de atención médica de urgencia por las noches, los fines de semana o los días festivos. También puede solicitar atención médica de urgencia a través de las clínicas minoristas MinuteClinic™ ubicadas en determinadas farmacias CVS del condado de Los Ángeles y a través de los servicios de telesalud Teladoc™ (para obtener más información, consulte la página 30, “Clínicas minoristas” y la página 31 “Servicios de telesalud”).

Si no puede asistir a su cita, debe llamar con la mayor antelación posible para que la clínica o el consultorio médico lo sepa. Puede programar otra cita en ese momento. El tiempo de espera para una cita puede extenderse si el proveedor determina que un período de espera más prolongado no tendrá un impacto perjudicial en su salud. El tiempo de reprogramación de las citas se adecuará a sus necesidades de atención médica y garantizará la continuidad de la atención médica.

L.A. Care prestará o coordinará servicios de evaluación de la prioridad o priorización por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El tiempo de espera para los servicios de evaluación de la prioridad o priorización por teléfono no deberá superar los 30 minutos.

L.A. Care se asegurará de que todos los proveedores médicos tengan un servicio de respuesta o un contestador fuera del horario de atención, que proporcione instrucciones para comunicarse con el proveedor médico de guardia en caso de urgencia o emergencia.

Cómo cambiar de PCP

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

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

Si desea cambiar su PCP o el de un Dependiente inscrito, llame al Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**. Para realizar este cambio, también puede visitar nuestro sitio web en lacare.org y hacer lo siguiente:

- Haga clic en **Ingreso de miembros**.
- Haga clic en **Cambiar de médico**.
- Siga las instrucciones para cambiar su médico.
- La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes, para entrar en vigor el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, el cambio podría no entrar en vigencia hasta el primer día del segundo mes siguiente.
- Si su nuevo PCP trabaja con un PPG diferente, esto también puede cambiar los hospitales, especialistas y otros proveedores de atención médica de los cuales podrá recibir atención médica.

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

Nos enorgullecemos de nuestros médicos y de su capacitación profesional. Si tiene alguna pregunta sobre la formación profesional de los médicos y especialistas de nuestra red, llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**. L.A. Care puede darle información sobre dónde estudiaron medicina, completaron su residencia o dónde obtuvieron su certificación profesional.

Evaluación de la salud

Al inscribirse en L.A. Care Covered™, es importante que sepamos cómo podemos ayudarle. Su Paquete de bienvenida contiene un formulario denominado Evaluación de la salud (Health Appraisal, HA). La HA incluye preguntas que nos ayudarán a conocer mejor sus necesidades de atención médica y a saber cómo podemos ayudarle. Mantendremos la confidencialidad de la información que nos proporcione y la compartiremos únicamente con su PCP o su equipo de atención médica. **Es importante que complete la Evaluación de la salud dentro de los primeros cuatro (4) meses o 120 días de su membresía en L.A. Care Covered™. Los adultos que completen satisfactoriamente su HA dentro de un plazo de 120 días podrán recibir una Target GiftCard® de \$25.**

Puede completar la Evaluación de la salud en línea, iniciando sesión en su cuenta de miembro en **lacare.org**. Para obtener más información sobre cómo completar su HA, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Chequeo para Miembros nuevos

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

Servicios de obstetricia y ginecología

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

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

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

Referencias y autorizaciones previas

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

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

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

Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

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

Si los servicios que usted necesita no están disponibles con un proveedor dentro de la red de proveedores de L.A. Care, le podrían referir a un proveedor fuera de la red de proveedores de L.A. Care. Todos los servicios de una referencia aprobada a un proveedor fuera de la red estarán cubiertos al mismo costo compartido que tendrían si fueran prestados por un proveedor dentro de la red. Dichas referencias se realizarán en el momento oportuno, de acuerdo con las normas definidas anteriormente.

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

Tratamiento para los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento para trastornos de salud mental y trastornos de consumo de sustancias. Su PCP le brindará ciertos servicios para los trastornos de la conducta dentro de los límites de su preparación y experiencia. Cuando necesite servicios para los trastornos de la conducta que superen la preparación y experiencia de su PCP, se le remitirá a especialistas en trastornos de la conducta. Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento de la salud mental de la madre antes y después del parto. Su PCP o usted pueden llamar a Carelon Behavioral Health, el proveedor de Cuidado para los Trastornos de la Conducta de L.A. Care, al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD (si tiene sordera o dificultades auditivas) para obtener una cita.

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

- Evaluación inicial de la salud conductual
- Tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o un trastorno de consumo de sustancias que sea proporcionado por un centro 988, un equipo móvil para crisis o por otros proveedores de servicios para crisis de salud conductual
- Servicios de salas de emergencias
- Terapia individual
- Terapia grupal
- Evaluación de diagnóstico
- Administración de medicamentos en consulta ambulatoria

- Terapia de reemplazo de opioides
- Servicios de salud mental y para el consumo de sustancias ambulatorios
- Intervención en casos de crisis, incluidos los servicios proporcionados por un centro 988 o un equipo móvil para crisis
- Servicios, distintos de los medicamentos recetados, recibidos conforme a la Ley de Asistencia Comunitaria, Recuperación y Empoderamiento (Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE) o el plan CARE.

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

- Programa residencial para crisis
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y servicios para trastornos de consumo de sustancias para pacientes hospitalizados
- Servicios de recuperación residenciales, de transición, no médicos, para pacientes hospitalizados, para salud mental y consumo de sustancias
- Servicios para pacientes hospitalizados para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- Hospitalización parcial en consulta ambulatoria
- Pruebas psicológicas
- Observación psiquiátrica
- Tratamiento diurno de trastornos de consumo de sustancias
- Programas de tratamiento intensivo ambulatorio para trastornos de consumo de sustancias
- Programas de tratamiento intensivo ambulatorio de la salud mental
- Tratamiento médico del síndrome de abstinencia por trastorno de consumo de sustancias
- Servicios de Análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Estimulación magnética transcraneal ambulatoria
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)

Si el servicio de salud mental o para trastornos de consumo de sustancias no está disponible en la red dentro de los estándares de acceso geográfico y oportuno, L.A. Care coordinará servicios fuera de la red y de seguimiento.

Para obtener más información sobre los servicios para los trastornos de la conducta, llame a Carelon Behavioral Health, el proveedor de Cuidado para los Trastornos de la Conducta de L.A. Care, al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** TTY/TDD, si tiene sordera o dificultades auditivas.

Referencias a médicos especialistas

Los especialistas son médicos con capacitación, conocimientos y experiencia en un área de la medicina. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista en el corazón que tiene años de formación especial en cómo manejar los problemas del corazón. Su médico de atención primaria solicitará una autorización previa si considera que debe consultar a un especialista.

Referencias a proveedores que no son médicos

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

Referencias permanentes

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

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

El especialista o el profesional de la salud calificado diseñarán un plan de tratamiento para usted, el cual indicará con qué frecuencia deberá ir al médico.

Una vez aprobado el plan de tratamiento, el especialista o el profesional de la salud calificado estarán autorizados para brindar servicios médicos. El especialista proporcionará servicios médicos dentro de su área de experiencia y capacitación y en función del plan de tratamiento.

Segundas opiniones

¿Qué es una segunda opinión?

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

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

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

¿Qué debe hacer?

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

Paso 2: su PCP o L.A. Care le darán una referencia para que pueda consultar a un profesional de atención médica calificado.

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

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

Cómo encontrar una farmacia

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

Para encontrar una farmacia cercana:

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

- **Para miembros**
- **Servicios de farmacia**
- **Busque ahora** en la sección **Cómo encontrar una farmacia**

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

Algunos medicamentos están sujetos a una distribución limitada por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, o requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o una educación especial que no se puede proporcionar en su farmacia local. Los antineoplásicos y los agentes biológicos son ejemplos de este tipo de medicamentos especializados y se identifican en el Formulario con un código especial: SP - (Specialty Pharmacy Availability, disponibilidad en farmacia especializada), MSP (Mandatory Specialty Pharmacy, obligatorio en farmacia especializada), LMSP (Mandatory Lumicera Specialty Pharmacy, obligatorio en Lumicera Specialty Pharmacy). Puede consultar el Formulario en el sitio web lacare.org de L.A. Care para saber si un medicamento debe surtirse en una farmacia especializada. Haga clic en:

- **Para miembros**
- **Servicios de farmacia**
- **Formulario de L.A. Care Covered™ en la sección de Recursos**

También puede llamar Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**. Algunos medicamentos requieren una manipulación especial y que sean procesados y enviados por correo por una farmacia especializada contratada por L.A. Care.

Farmacia de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo le permite recibir un suministro para hasta 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que podría tener que tomar para una condición médica a largo plazo, tales como presión arterial alta o diabetes. Para obtener más información sobre cómo crear una cuenta de pedidos por correo o para pedir resurtidos de una receta no vencida, llame a Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** o visite el sitio web de L.A. Care, lacare.org. Haga clic en:

- **Para miembros**
- **Servicios de farmacia**
- **Formulario de farmacias de pedidos por correo**

Si a los medicamentos no les quedan resurtidos, tendrá que pedirle a su médico u otro profesional que le haga una receta nueva. El pedido por correo es un servicio opcional y gratuito si elige usarlo.

¿Qué medicamentos están cubiertos?

L.A. Care utiliza una lista de medicamentos aprobados, llamada Formulario, para garantizar que usted tenga acceso a los medicamentos recetados más apropiados, seguros y efectivos. L.A. Care cubre todos los medicamentos médicamente necesarios en el Formulario si su médico u otro profesional que le recete medicamentos dice que usted necesita los medicamentos para mejorar o mantenerse saludable, y usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de L.A. Care. Los medicamentos que no están en el Formulario requieren que su médico o bien otro profesional que le recete medicamentos, obtengan la aprobación antes de que usted surta la receta. Consulte la sección “Medicamentos no incluidos en el Formulario”. El Formulario es revisado y aprobado por un comité de médicos y farmacéuticos en forma trimestral, e incluye los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados. Puede ver el Formulario en el sitio web de L.A. Care, lacare.org, y hacer clic en cada uno de los siguientes:

- **Para miembros**
- **Servicios de farmacia**
- **Formulario de L.A. Care Covered™ en la sección Recursos**

Si un medicamento aprobado anteriormente se retira del Formulario, pero su médico se lo está recetando, L.A. Care seguirá cubriendo el medicamento siempre que se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz para tratar su condición médica. Para obtener autorización para que continúe la cobertura, consulte el proceso descrito en la sección “Medicamentos no incluidos en el Formulario” de este manual.

Para conocer los detalles del costo compartido de medicamentos recetados o los requisitos de autorización previa, puede acceder a información en tiempo real a través del formulario en línea de L.A. Care, disponible en nuestro portal para miembros, L.A. Care Connect. También puede llamar a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para pedir una copia del formulario. Además, puede solicitar una copia del Formulario en su idioma o formato preferido, como letra grande o audio.

Copagos de farmacia

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

Inicie sesión en su cuenta de miembro en **members.lacare.org** para saber si es elegible para un medicamento recetado y para obtener información sobre su medicamento recetado, por ejemplo:

- Estado del formulario de medicamentos y si hay restricciones o normas especiales
- Información sobre copagos
- Información sobre las farmacias

Puede encontrar el formulario actualizado en el sitio web www.lacare.org.

El Formulario de L.A. Care incluye:

- Medicamentos recetados aprobados.
- Suministros para la diabetes: Insulina, jeringas para la insulina, tiras reactivas para las pruebas de glucosa, lancetas, monitores de glucosa continuo y suministros asociados.
- EpiPens y Anakits.
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores.
- Anticonceptivos de emergencia: Puede obtener anticonceptivos de emergencia a través de su médico o farmacia con una receta de su médico, sin costo para usted. También puede obtener anticonceptivos de emergencia a través de un farmacéutico certificado, sin una receta.

Para obtener información sobre las farmacias que ofrecen anticonceptivos de emergencia a través de farmacéuticos certificados sin una receta, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

- Los anticonceptivos de emergencia también están cubiertos al recibir servicios de atención médica de emergencia. Puede recibir servicios de atención médica de emergencia a través de médicos, hospitales, farmacias u otros profesionales de la salud, ya sea que tengan o no un contrato con L.A. Care.
- El Estado de California aprobó la Ley de Farmacias AB 1048, Arambula. Health care: pain management and Schedule II drug prescriptions. A partir del 1 de julio de 2018, la ley autoriza a los farmacéuticos a dispensar una sustancia controlada de la Lista II como un surtido parcial, si lo solicitan el paciente o el profesional que le receta los medicamentos. La ley obligaría a la farmacia a conservar la receta original, con una anotación de la cantidad

de la receta que se ha surtido, la fecha y la cantidad de cada surtido parcial, y las iniciales del farmacéutico que dispensa cada surtido parcial hasta que la receta se haya surtido en su totalidad. El proyecto de ley autorizaría a los farmacéuticos a cobrar una tasa de dispensación profesional para cubrir los costos reales administrativos y de suministro por la dispensación de cada surtido parcial asociado a la receta original.

Al surtir una receta, usted puede obtener un surtido parcial. Solo se le podrá cobrar un copago completo por la receta completa. Si le han cobrado dos veces (una por el surtido parcial y otra por el surtido completo) comuníquese con el Servicio para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para saber cómo obtener el reembolso del copago excedente.

- Es posible que tenga que presentar copias de los recibos de la farmacia que demuestren el pago de múltiples copagos por la receta.

Medicamentos no incluidos en el formulario

Es posible que, a veces, los médicos deban recetarle medicamentos que no están incluidos en el Formulario. En estos casos, el médico deberá obtener la autorización de L.A. Care antes de que usted surta la receta. Para decidir si se cubrirá el medicamento no incluido en el Formulario, L.A. Care podrá solicitarle más información al médico o farmacéutico. L.A. Care le responderá al médico o farmacéutico dentro de un plazo de 24 horas para las solicitudes urgentes o de 72 horas para las solicitudes estándar después de recibir la información médica solicitada. Existen circunstancias urgentes cuando una condición médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad para recuperar al máximo sus funciones, o cuando se está siguiendo un tratamiento con un medicamento no incluido en el formulario. El médico o el farmacéutico le informarán si el medicamento fue aprobado. Después de la aprobación, usted podrá obtener el medicamento en una farmacia del plan. Consulte la sección “Cómo encontrar una farmacia” en la página 16. Si el medicamento no incluido en el formulario no se aprueba, usted tendrá derecho a apelar. Para obtener más información, consulte la sección “Quejas y Apelaciones”.

Restricciones o normas especiales

Algunos medicamentos tienen reglas para la cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deben hacer algo antes de que usted pueda surtir la receta. Por ejemplo:

Aprobación previa (o autorización previa): Para algunos medicamentos, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deben obtener la aprobación de L.A. Care antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que L.A. Care no cubra el medicamento.

Límites de cantidad: Por su seguridad, L.A. Care puede limitar la cantidad de algunos medicamentos que puede obtener por cada receta, o limitar el número de veces que puede resurtir algunos medicamentos. Si su médico o el otro profesional que le receta consideran que la cantidad limitada no es suficiente para su condición médica, se puede solicitar una excepción a la norma de límites de cantidad.

Terapia de pasos: Algunos medicamentos tienen una norma especial denominada terapia de pasos. Esto significa que usted primero debe probar otro medicamento del formulario, antes de que se cubra el medicamento recetado. Si su médico o el otro profesional que le receta consideran que el primer medicamento no le surte efecto o es contrario a la buena práctica profesional para la prestación de servicios cubiertos médicamente necesarios, se puede solicitar una excepción a la norma de la terapia de pasos.

Excepciones a la cobertura: Las solicitudes para hacer una excepción a los límites de cantidad o a la norma de terapia de pasos, o para la cobertura de un medicamento que no está en el formulario, pueden ser presentadas a L.A. Care por su médico o el otro profesional que le receten el medicamento, en forma de autorización previa con justificación y documentación clínica que respalden la determinación del proveedor. La decisión de aprobación o

denegación de la solicitud de excepción puede tomarse en 24 horas, si la solicitud es urgente, o en 72 horas, si la solicitud no es urgente. Si usted no está satisfecho con la decisión de excepción a la cobertura, tiene derecho a apelar la decisión ante L.A. Care o presentar una queja ante 3 revisores diferentes:

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

Servicios de atención médica de emergencia y urgencia

Servicios de atención médica de urgencia

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

- Resfrío/gripe
- Vómitos/diarrea
- Erupciones
- Infección de las vías urinarias
- Dolor de oído/cabeza
- Dolor de espalda
- Esguinces/distensiones
- Infecciones en la piel/los ojos
- Respiración sibilante o tos
- Dolor abdominal

Cómo obtener atención médica de urgencia

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

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

Clínicas minoristas

L.A. Care se ha asociado con MinuteClinic[™] para ofrecer un acceso alternativo a la atención médica de urgencia a través de sus clínicas minoristas. MinuteClinic[™] tiene clínicas ubicadas en determinadas farmacias CVS del condado de Los Ángeles. El personal de MinuteClinic[™] incluye enfermeros practicantes o asistentes médicos. Para encontrar una clínica minorista cercana:

- Visite <https://www.lacare.org/health-plans/la-care-covered/find-provider>
- Visite www.cvs.com/minuteclinic e ingrese su código postal

Servicios de telesalud

L.A. Care se ha asociado con Teladoc™ Health, Inc. para ofrecer servicios de telesalud a nuestros miembros como otra alternativa para la atención médica de urgencia. Teladoc™ atiende dondequiera que usted esté, por teléfono o videoconferencia. Si utiliza los servicios de Teladoc™, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos resultantes, y dichos expedientes se compartirán con su proveedor de atención primaria, a menos que usted se oponga.

Para acceder a la atención a través de Teladoc™:

- Visite www.teladoc.com y haga clic en “Log in/Register” (Iniciar sesión)
- Llame a Teladoc™ al **1.800.835.2362**
- Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**

Su costo por acceder a los servicios de telesalud no superará el costo que usted tendría si recibiera los mismos servicios en persona de un médico, enfermero practicante o asistente médico. Esto se aplica independientemente de si recibe servicios de telesalud a través de Teladoc™ o a través de servicios de telesalud independientes o privados, ofrecidos a través de su grupo de proveedores participantes o su proveedor de atención primaria. Si utiliza los servicios de Teladoc™, tiene derecho a acceder a sus expedientes médicos resultantes, y dichos expedientes se compartirán con su proveedor de atención primaria, a menos que usted se oponga.

Servicios de emergencia

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

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

Los servicios y la atención médica de emergencia incluyen el traslado en ambulancia, pruebas de detección médicas, exámenes y evaluaciones realizados por un médico o por personal apropiado. Los servicios de emergencia incluyen condiciones físicas y psiquiátricas de emergencia, y trabajo de parto.

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- Tener dificultad para respirar
- Convulsiones
- Hemorragia abundante
- Pérdida del conocimiento/desmayos (la persona no despierta)
- Dolor intenso (incluido dolor en el pecho)
- Tragar veneno o sobredosis de medicamentos
- Huesos rotos
- Lesiones en la cabeza
- Lesiones en los ojos
- Pensamientos o acciones que manifiestan la intención de lastimarse o lastimar a otra persona

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

Qué hacer en caso de emergencia:

Si tiene una emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Los servicios de atención médica de emergencia están cubiertos en todo momento y en todas partes. Si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos, tendrá que pagar de su bolsillo los servicios de emergencia que haya recibido. L.A. Care le reembolsará hasta la cantidad máxima permitida.

Qué hacer si no está seguro de que se trata de una emergencia:

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

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

Una vez que su condición médica de emergencia se haya tratado en un hospital y ya no exista una emergencia porque su condición se ha estabilizado, es posible que el médico que le brinde tratamiento desee que permanezca en el hospital por un tiempo hasta que pueda retirarse sin riesgos. Los servicios recibidos luego de que una condición de emergencia se estabiliza se denominan “atención posterior a la estabilización”. Si el hospital donde recibió servicios de emergencia no es parte de la red contratada de L.A. Care (un “hospital no participante”), el hospital se comunicará con L.A. Care para obtener la aprobación para que usted permanezca en dicho hospital. Si L.A. Care aprueba la continuación de su estadía en el hospital no participante, usted solamente deberá pagar la parte del costo compartido del Miembro por la estadía en el hospital, con sujeción al deducible aplicable. No obstante, tenga en cuenta que si algún costo compartido se basa en un porcentaje de los cargos facturados, el costo generalmente es mayor en los hospitales no participantes. Si L.A. Care notificó al hospital no participante que usted puede ser trasladado sin riesgos a uno de sus hospitales participantes, L.A. Care coordinará y pagará su traslado del hospital no participante a un hospital participante. Si L.A. Care determina que usted puede ser trasladado sin riesgos a un hospital participante y usted, su cónyuge o el tutor legal no están de acuerdo con su traslado, el hospital no participante deberá notificarle por escrito a usted, su cónyuge o el tutor legal que deberán pagar el costo total de los servicios posestabilización que se proporcionen en el hospital no participante después de la estabilización de su condición de emergencia. Asimismo, es posible que usted deba pagar por los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización.

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

Servicios no calificados

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

Continuidad de la atención médica

Continuidad de la atención médica de un proveedor cancelado Los Miembros que estén recibiendo tratamiento por condiciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedades terminales; o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de vida; o que hayan recibido autorización de un proveedor cancelado para someterse a una cirugía o a otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado, pueden solicitar la finalización de la atención médica en determinadas situaciones con un proveedor que abandone la red de proveedores de L.A. Care Covered™ o L.A. Care Covered Direct™. Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para recibir información

sobre los criterios de elegibilidad y ayuda para solicitar la continuidad de la atención de un proveedor cancelado. Es posible que tenga que hacer un copago, tener un deducible u otros cargos de costo compartido durante el período de finalización de la atención médica con un proveedor que ya no está contratado con L.A. Care *Covered*[™] o L.A. Care *Covered* Direct[™].

Continuidad de la atención médica a nuevos miembros por proveedores no contratados

Los Miembros que estén recibiendo tratamiento por condiciones agudas, condiciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedades terminales; o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de vida; o que hayan recibido autorización de un proveedor para una cirugía u otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado; o si la cobertura anterior fue cancelada por un plan en determinadas circunstancias o si se retiró del mercado cualquier cobertura anterior, pueden solicitar la finalización de la atención médica en determinadas situaciones con un proveedor no contratado que estaba prestando servicios al Miembro en el momento en que entró en vigencia la cobertura de L.A. Care *Covered*[™] del miembro. Comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y ayuda para solicitar la continuidad de la atención de un proveedor no contratado. Es posible que tenga que hacer un copago, tener un deducible u otros cargos de costo compartido durante el período de finalización de la atención médica con un proveedor que no está contratado con L.A. Care *Covered*[™].

Continuidad de la atención médica cuando recibe tratamiento por condiciones de salud mental de la madre

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

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

Quejas y Apelaciones

L.A. Care Quejas y Apelaciones

¿Qué hacer si no estoy satisfecho con mi servicio?

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

¿Qué es una queja?

Una queja es una expresión de disconformidad o un reclamo del Miembro. La queja puede presentarse en forma escrita o verbal. Usted tiene derecho a presentar una queja. Debe presentar la queja dentro de los 180 días consecutivos a partir de la fecha en que no haya estado satisfecho. Algunos ejemplos de motivos para presentar una queja son:

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

Cómo presentar una queja

Tiene muchas formas de presentar una queja. Elija una de las siguientes opciones:

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

L.A. Care Health Plan

Member Services Department

1055 W. 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

1.855.270.2327

TTY: 711

www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cómo presentar una queja por casos urgentes

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

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

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

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

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

Cómo presentar una queja para apelar una decisión de autorización previa de medicamentos recetados

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

Revisión Médica Independiente

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

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

Cuándo solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR)

Puede solicitar una IMR si cumple con los siguientes requisitos:

- Su médico dice que necesita un servicio de atención médica debido a que es médicamente necesario, y se lo deniegan, o,
- Recibió servicios de atención médica de urgencia o de emergencia que se consideraban necesarios, y se los denegaron, o,
- Visitó a un médico de la red para el diagnóstico o tratamiento de una condición médica, aunque no le recomendaron los servicios de atención médica.
- L.A. Care denegó, modificó o demoró el servicio de atención médica en disputa basándose total o parcialmente en la decisión de que el servicio de atención médica no era médicamente necesario.
- Usted presentó una queja ante L.A. Care y le siguen denegando, modificando o demorando la atención médica, o no se ha solucionado la queja después de un plazo de 30 días.

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

Casos no urgentes

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

Casos urgentes

Si su queja es urgente y requiere una revisión rápida, usted puede comunicarse con el DMHC de inmediato. No se le pedirá que siga el proceso de quejas del plan de salud.

En casos urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse dentro de un plazo de tres días consecutivos a partir de que se reciba su información.

Los casos urgentes incluyen, entre otros:

- Dolor intenso
- Posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo
- Deterioro inmediato y grave de su salud

Revisión Médica Independiente para denegaciones de terapias experimentales y de investigación

También es posible que tenga derecho a una IMR a través del Departamento de Atención Médica Administrada, cuando deneguemos la cobertura de un tratamiento que hemos determinado que es experimental o está en investigación.

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

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra L.A. Care, primero debe llamar por teléfono a L.A. Care al 1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas) y usar el proceso de quejas de L.A. Care antes de comunicarse con el DMHC. Utilizar este proceso de quejas no le impedirá ejercer ningún derecho o recurso legal que pueda llegar a corresponderle. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que L.A. Care no resolvió de manera satisfactoria o una queja que no ha sido resuelta en un período de más de 30 días, puede llamar al DMHC para solicitar asistencia. Además, es posible que pueda solicitar una IMR. De ser así, el proceso de la IMR llevará a cabo una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o están en investigación, y los conflictos relacionados con pagos de servicios médicos de urgencia o emergencia. El Departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito, 1.888.466.2219, y una línea TDD (1.877.688.9891) para las personas con dificultades de audición o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios para presentar una queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea. El sitio web en Internet del DMHC (www.dmhc.ca.gov) tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

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

L.A. Care le ayudará con servicios de interpretación si habla un idioma distinto del inglés. Puede usar los números de TTY gratuitos que figuran en “Cómo presentar una queja” si tiene sordera o dificultades auditivas. Con su consentimiento por escrito, su médico también puede presentar una apelación en su nombre.

Elegibilidad e inscripción

Requisitos de elegibilidad de los miembros

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

- Ser residente legal de California
- Vivir en el condado de Los Ángeles

Cobertura del dependiente

Un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de dicho año de beneficios. La cobertura del dependiente finalizará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente deje de ser elegible. Un hijo dependiente inscrito mayor de 26 años puede permanecer en su plan L.A. Care Covered™. Siempre que cumplan los dos criterios siguientes, L.A. Care no cancelará la cobertura de su dependiente:

1. Su hijo es incapaz de tener un empleo propio debido a una lesión, enfermedad o condición que le incapacita física o mentalmente.
2. Su hijo depende principalmente del suscriptor para su sustento y manutención.

Además, a partir del 1 de enero de 2023, sus padres o padrastros dependientes cualificados que vivan o residan dentro del área de servicio de L.A. Care Covered™ también podrán inscribirse. Los padres o padrastros pueden calificar como dependientes si usted les ha proporcionado más de la mitad de su manutención durante el año calendario anterior. Covered CA™ proporcionará información sobre la dirección, y el número de teléfono del Programa de Defensa y Asesoramiento de Seguros de Salud (HICAP) local en el momento de la inscripción. Esto garantizará que la persona esté informada y comprenda sus derechos específicos y sus opciones de atención médica antes de inscribir a un padre o una madre que tengan derecho a Medicare o a un dependiente inscrito en una cobertura de atención médica individual.

Elegibilidad para créditos fiscales y reducciones en los costos compartidos

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

Elegibilidad para un Plan de gastos excedentes

Los menores de 30 años tienen derecho a inscribirse en un Plan para gastos excedentes, también conocido como plan de Cobertura mínima. Se trata de un tipo de plan de salud con deducible elevado que está diseñado para proporcionar cobertura en el peor de los casos, pero ofrece una cobertura mínima para la atención de rutina, además de atención preventiva. Los mayores de 30 años pueden comprar cobertura de gastos excedentes si solicitan y se les aprueba una exención por dificultades de accesibilidad o dificultades generales a través de Covered California™. Los planes de Cobertura mínima no dan derecho a créditos fiscales para reducir la prima mensual.

Normativas especiales sobre los indígenas estadounidenses y de Alaska

Conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, es posible que los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (American Indians and Alaskan Natives, AI/AN) que son miembros de tribus reconocidas a nivel federal o accionistas de Alaska Native Claims Settlement Act (ANCSA) Corporation y que sean declarados elegibles por Covered California™ puedan inscribirse en un plan Covered California™ en cualquier momento y puedan cambiar de plan hasta una vez al mes. Los miembros de AI/AN elegibles también pueden optar por planes de beneficios sin obligación de compartir gastos para los beneficios de salud esenciales.

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

Los miembros AI/AN con ingresos inferiores al 300% del índice FPL podrán participar en un plan con costos compartidos de cero, en el que no deberán pagar un costo compartido por los beneficios de salud esenciales si un proveedor participante presta esos servicios y si los servicios son prestados por el Servicio de Salud Indígena, una Tribu Indígena, una Organización Tribal o una Organización Indígena Urbana. Para calificar para este beneficio, debe presentar la documentación correspondiente a Covered California™. Llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** o Covered California™ al **1.888.975.1142 (TTY 1.888.889.4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)** si desea obtener más información sobre este programa.

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

Le pedimos que informe a Covered California™ todos los cambios en los niveles de ingresos, los cambios en el tamaño de su familia, los cambios de dirección, los cambios en el estado de ciudadanía y residencia legal, los cambios que hagan que comience a recibir o deje de recibir un seguro médico patrocinado por un empleador, así como cualquier otro cambio demográfico, llamando al **1.800.300.1506 (TTY/TDD 1.888.889.4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)**. Estos cambios le ayudarán a redeterminar si es elegible y el importe de la ayuda o subsidio a la prima que le corresponde.

Período de inscripción abierta

Según las leyes de California, el período de inscripción abierta para los Miembros de nuestro QHP comienza el 1 de noviembre de cada año y continúa hasta el 31 de enero del año siguiente. Para las inscripciones recibidas entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, la cobertura comenzará el 1 de enero. Para las inscripciones recibidas entre el 16 de diciembre y el 31 de enero, la cobertura comenzará el 1 de febrero. Durante el período de inscripción abierta, nuestros Miembros pueden agregar dependientes elegibles, informar cambios demográficos, cambiar de compañía de seguros o cambiar de plan de beneficios mediante la actualización de su solicitud de Covered California™. Para ello, usted puede ingresar en **www.coveredca.com**, llamar a Covered California™ al **1.800.300.1506 (TTY 1.888.889.4500)**, o comunicarse con los Servicios de Apoyo para la Inscripción de L.A. Care Covered™ al **1.855.222.4239 (TTY 711)** si tiene sordera o dificultades auditivas). Le notificaremos sobre el comienzo de su período de inscripción y las medidas que necesite tomar, si corresponde.

Cobertura de recién nacidos

El hijo recién nacido del miembro o de su cónyuge está cubierto automáticamente desde el momento del nacimiento hasta los 30 días de vida. Para que la cobertura continúe más allá de los 30 días de vida, debe inscribir al niño dentro de los 31 días posteriores al nacimiento presentando una Solicitud de Inscripción a Covered California[™] y pagar los cargos de suscripción correspondientes. Si no inscribe al niño en los 31 días siguientes a su nacimiento, podrá inscribirle en un período de inscripción especial en los sesenta (60) días siguientes a su nacimiento.

Inscripción especial

Si no se inscribe durante el período de inscripción abierta o cuando sea elegible por primera vez y luego desea inscribirse, solamente podrá hacerlo si es elegible por determinados eventos calificados de la vida, según lo definido por Covered California[™] conforme a las leyes, normas y regulaciones federales (45 C.F.R. § 155.420) y estatales (10 CCR) aplicables. Los ejemplos de eventos calificados de la vida incluyen: una persona o un dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima, o una persona que no tenía la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense o no era residente legal de los Estados Unidos pasa a tener dicha condición. Visite www.coveredca.com para obtener más información sobre la inscripción especial, o llame a Covered California[™] al **1.800.300.1506 (TTY 1.888.889.4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Estos eventos calificados de la vida son:

- He perdido mi seguro médico, incluido Medi-Cal
- Mudanza permanente a/en California
- Tuvo un bebé
- Adoptó a un niño
- Se casó
- Dejó de ser dependiente
- Comenzó una pareja de hecho
- Regresó del servicio militar activo
- Le liberaron de la cárcel
- Adquirió la ciudadanía/presencia legal
- Amerindios/nativos de Alaska
- Maltrato doméstico o abandono del cónyuge
- Recientemente calificó para el estipendio para conductores de aplicaciones
- Otros eventos calificados de la vida, según los define la ley

También hay períodos de inscripción especial mensuales para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Comuníquese con nuestros Servicios de Apoyo para la Inscripción de L.A. Care *Covered*[™] Enrollment Support Services al **1.855.222.4239 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** si tiene alguna pregunta sobre estos períodos de inscripción especial o sobre otros eventos calificados de la vida. Para reunir los requisitos para el período de inscripción especial, debe solicitar la cobertura dentro de los sesenta (60) días del evento calificado de la vida.

Proceso de solicitud

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

Fecha de inicio de la cobertura

Solamente Covered California™ puede aprobar las solicitudes y la fecha de entrada en vigor de la cobertura. El pago correspondiente a la prima inicial puede enviarse una vez que haya completado satisfactoriamente la solicitud, o bien, puede optar por esperar hasta recibir una factura de L.A. Care. Una vez que se haya aprobado la solicitud y se haya recibido el pago completo para el primer mes, L.A. Care le enviará un Paquete de bienvenida para Miembros nuevos y una tarjeta de identificación para miembro de L.A. Care que incluye la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Los pagos de las primas después del mes inicial deben hacerse a nombre de L.A. Care Covered™ la dirección que aparece en la factura mensual.

Cómo agregar dependientes a su cobertura

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

Responsabilidades en materia de pagos

¿Qué son las primas (cuotas prepagas)?

Las primas son cuotas mensuales que una Persona inscrita paga para cubrir los costos básicos del paquete de atención médica para la Persona inscrita y sus Dependientes inscritos. La Persona inscrita debe pagar las primas del plan de salud directamente a L.A. Care a su vencimiento. Algunos miembros pueden tener primas cubiertas al 100% por subsidios y no están obligados a pagar una prima mensual.

Primas mensuales

Su prima mensual se basa en tres factores fundamentales: 1) el plan de beneficios que seleccionó (Silver, Gold, etc.); 2) su edad y el lugar donde reside; 3) la cantidad de su crédito fiscal (la cantidad depende de su nivel de ingresos). Consulte la aprobación de su elegibilidad otorgada por Covered California™ o la factura de su prima de L.A. Care para ver la suma que debe pagar cada mes. Tenga en cuenta que los CMS exigen \$1 del importe total de su prima como pago aparte por servicios de aborto que no sean de Hyde. Este importe separado debe formar parte de la prima que usted paga y no puede proceder de ningún subsidio federal (Crédito fiscal anticipado para la prima, [Advanced Premium Tax Credit, APTC]) que usted podría recibir. Actualmente, todos los miembros reciben un crédito de \$1 para Primas de California, independientemente de su nivel de ingresos. Los servicios de aborto que no son de Hyde incluyen los abortos que no son consecuencia de violación, incesto o amenaza para la vida de la madre. Los servicios de aborto que no son de Hyde tienen una prima de \$0, ya que están cubiertos por el California Premium Credit. Estos fondos separados (o apartados) se mantienen en una cuenta independiente y se utilizan exclusivamente para pagar los servicios de aborto en que incurren nuestros miembros. Una vez al año, L.A. Care debe comunicar al Estado de California el monto total de los fondos de la cuenta al final de cada año y el monto total de los reclamos de aborto pagados con cargo a la cuenta durante el año para garantizar que no se utilicen fondos federales para pagar abortos. Si usted solicita la cobertura de L.A. Care a través de Covered California™ y recibe la aprobación, deberá pagar su primera prima para convertirse en Miembro y comenzar a usar sus beneficios de salud. Una vez que esté inscrito en L.A. Care Covered™, recibirá una factura de la prima mensual por correo postal. Visite lacare.org/es para obtener más información sobre cómo pagar sus primas. Dispone de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia para enviar el primer pago. Si no nos envía el pago de su primera prima antes de la fecha de vencimiento, su cobertura se cancelará. Recibirá por correo una notificación donde se le informará que se ha cancelado su cobertura por falta de pago de la primera prima. Si su cobertura se cancela durante el período de inscripción abierta, podrá volver a solicitarla. Si su cobertura se cancela una vez finalizado el período de inscripción abierta, podrá solicitar la cobertura si tiene un evento calificado de la vida según lo descrito en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*.

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

Pague en línea

Regístrese o inicie sesión en su cuenta de miembro en members.lacare.org. Puede hacer un pago por única vez o configurar pagos recurrentes. Los pagos automáticos se deducirán automáticamente de su cuenta en el día de vencimiento de las primas o el día anterior al inicio del mes de cobertura.



Pague por correo

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

Envíe su pago por correo a:

L.A. Care Health Plan
L.A. Care *Covered*[™]
PO Box 512546
Los Angeles, CA 90051-9865

Pago por teléfono (autoservicio)

Si desea realizar un pago por teléfono usando nuestra opción de autoservicio, llame al 1-855-270-2327, escuche el saludo y elija la opción 3.

Tenga a mano su número de identificación de miembro de L.A. Care, que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, o el número de cuenta, que se encuentra en su factura.

Los Pagos por teléfono están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

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

Comprobante de cobertura

Muestre su tarjeta de identificación para miembro en el consultorio del médico, la farmacia, el hospital o a cualquier otro proveedor cuando necesite atención médica. Su tarjeta de identificación para miembro contiene la información que necesitan los profesionales de atención médica para comprobar que su atención esté cubierta. Si no muestra su tarjeta de identificación para miembro cuando vaya a recibir atención médica, la facturación podría ser incorrecta.

¿Qué son los copagos (otros cargos)?

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

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

- Inmunizaciones para niños en el consultorio de su médico
- Inmunizaciones para adultos en el consultorio de su médico o en una farmacia de la red L.A. Care
- Controles de rutina para niños

Consulte la sección de “Servicios de atención médica preventiva” de este Manual para Miembros para obtener más información sobre cuáles servicios están cubiertos sin cargo, o llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Costos compartidos

Reglas generales, ejemplos y excepciones

El costo compartido es la suma que usted debe pagar por un servicio cubierto, por ejemplo: el deducible, el copago o el coseguro. Su costo compartido por los servicios cubiertos será el costo compartido vigente en la fecha en que reciba los servicios, durante el examen de diagnóstico en que su proveedor confirme una excepción como se indica a continuación:

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

Cuándo podría recibir una factura

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

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

- Si recibe servicios cubiertos de un centro de salud de la red de proveedores de L.A. Care, pero los servicios cubiertos son prestados por un profesional de atención médica fuera de nuestra red: Sus costos compartidos por los servicios cubiertos que reciba fuera de la red de proveedores de L.A. Care no superarán el costo compartido que tendría que pagar por los mismos servicios cubiertos que reciba dentro de la red de proveedores de L.A. Care.

El deducible anual

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

Máximo anual de gastos de bolsillo (OOPM)

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

Pagos que se computan para el máximo

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

Lleve un control de su deducible y gastos máximos de bolsillo

L.A. Care llevará un registro de los cargos que se aplican al deducible y al máximo de bolsillo (out of pocket maximum, OOPM). Le proporcionaremos el saldo de cada uno de los meses en los que haya utilizado los beneficios hasta que el saldo anual sea igual al importe total del deducible o al máximo de gastos de bolsillo (OOPM). También puede solicitar en cualquier momento a L.A. Care los saldos acumulados para el deducible y el máximo de gastos de bolsillo. L.A. Care le enviará por correo estas actualizaciones a menos que usted haya optado por no recibir avisos por correo. Para solicitar información sobre el saldo acumulado en cualquier momento u optar por no recibir las actualizaciones por correo, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327** o **acceda a su cuenta del portal para miembros de L.A. Care Connect. Puede volver a optar por las notificaciones en papel en cualquier momento.** L.A. Care hará todo lo posible para garantizar una información precisa y oportuna, pero puede haber demoras en la notificación de las visitas y los pagos de su proveedor que podrían impactar en la información de acumulación neta. Le pedimos que solicite y conserve todos los recibos de los pagos que realice a sus proveedores de atención médica por los servicios cubiertos como constancia.

Interrupción de los beneficios

La membresía de una Persona inscrita en *L.A. Care Covered*[™] se cancelará por los siguientes motivos:

- El miembro no puede pagar las primas en la fecha establecida.
- El miembro se muda del condado de Los Ángeles.
- El miembro solicita que se cancele su inscripción a Covered California[™]. La solicitud debe dirigirse a Covered California[™]. Si la Persona inscrita desea que la cobertura finalice antes de la finalización del contrato, deberá notificarlo con al menos catorce días de anticipación.
- La Persona inscrita solicita la transferencia a otro QHP.
- Covered California[™] notifica a L.A. Care que el miembro ya no cumple los requisitos de residencia legal en California.
- Covered California[™] notifica a L.A. Care que el miembro ya no cumple los requisitos para optar por el plan de beneficios de QHP.
- Finaliza el contrato o plan médico de L.A. Care con Covered California[™].
- El miembro fallece.

Solicitud de cancelación mediante notificación por escrito

L.A. Care puede solicitarle a Covered California[™] que cancele la cobertura de la Persona inscrita mediante una notificación escrita, por los siguientes motivos:

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

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

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

Cancelación debido al retiro de este plan de beneficios:

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

Notificación de cancelación por escrito

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

- a. la causa de la cancelación o no renovación, haciendo referencia específica a la sección de este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros* que otorga el derecho de cancelación o no renovación;
- b. que la causa de la cancelación o no renovación no fue el estado de salud de la Persona inscrita ni sus necesidades de servicios de atención médica;

- c. la fecha y horario de entrada en vigor de la cancelación o no renovación, y
- d. que sin perjuicio del procedimiento de apelación del Miembro detallado en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, si la Persona inscrita cree que su membresía en el plan de salud se canceló debido a su estado de salud o sus necesidades de servicios de atención médica, puede solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada del estado de California.

Nota: Si L.A. Care cancela la membresía de una Persona inscrita, la notificación se considerará válida si se envía a la última dirección conocida de la Persona inscrita.

Cancelación de L.A. Care por falta de pago de las primas

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

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

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

El período de gracia federal es el período de gracia ofrecido a miembros que reciben créditos fiscales adelantados. Si usted o un Dependiente inscrito está recibiendo créditos fiscales anticipados para las primas para sufragar el costo de su prima mensual, pero no le paga a L.A. Care la parte de la prima mensual a cargo del Miembro antes de la fecha de vencimiento, L.A. Care le enviará una notificación de vencimiento (Notificación de inicio de período de gracia federal) donde se le informará que se cancelará su cobertura por falta de pago de la prima a partir del último día del primer (1.er) mes del período de gracia federal. La notificación explicará que usted tiene un Período de gracia federal de tres (3) meses consecutivos para efectuar sus pagos por completo antes de la cancelación. El Período de gracia federal de tres (3) meses se ofrece únicamente a las personas que están recibiendo créditos fiscales anticipados para las primas. L.A. Care le proporcionará los servicios cubiertos únicamente durante el primer mes del Período de gracia federal. Durante los meses dos (2) y tres (3) del Período de gracia federal, su cobertura se suspenderá. Esto significa que L.A. Care no proporcionará cobertura para ningún servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) del Período de gracia federal. Es posible que se le facture y deba pagar por cualquier servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) si no paga los tres (3) meses de primas vencidas antes del último día del Período de gracia federal de tres (3) meses. Si no ha pagado sus primas completas antes del último día del tercer mes, dentro de los cinco (5) días hábiles de haber cancelado su cobertura, L.A. Care le enviará una Notificación de fin de la cobertura de L.A. Care Covered™ con la información detallada en la sección anterior (puntos a-c). Si paga los tres (3) meses de primas vencidas antes del último día del Período de gracia federal de tres (3) meses, su cobertura se restituirá con vigencia retroactiva a partir del primer (1.º) día del primer (1.º) mes del Período de gracia federal. Si usted no restituye su cobertura a más tardar al final del 3.er mes del Período de gracia federal, será responsable del costo de cualquier servicio recibido durante los meses dos (2) y tres (3) del Período de gracia federal.

Restitución de la cobertura

Si su cobertura se cancela por falta de pago, puede llamar a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para solicitar la restitución de su póliza cancelada, siempre que dicha solicitud se realice dentro de un plazo de un mes de finalizado el período de gracia federal/período de gracia. De lo contrario, no será elegible para volver a inscribirse en la cobertura del seguro médico hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que se produzca un acontecimiento definido en su vida que le permita inscribirse en virtud de un período de inscripción especial.

Cancelación de la membresía

Si desea cancelar su membresía en L.A. Care *Covered*[™], llame a Covered California[™] al **1.800.300.1506 (TTY 1.888.889.4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)** o ingrese en la sesión de su solicitud en www.coveredca.com. Si cancela voluntariamente su membresía y ha realizado pagos anticipados de la prima, es posible que reúna los requisitos para un reembolso. L.A. Care calculará cualquier pago en exceso y se lo reembolsará, pero para facilitar el proceso de reembolso, le pedimos que se comunique con Servicios para los Miembros al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para solicitar un reembolso.

Beneficios del plan

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

Cirugía bariátrica

Cubrimos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluye habitación y comida, diagnóstico por imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios de médicos participantes) cuando se realizan para tratar la obesidad mediante la modificación del tubo digestivo para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted completa el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el grupo médico, que brinda información sobre los cambios en el estilo de vida necesarios para el éxito de la cirugía bariátrica a largo plazo.
- Un médico participante especialista en atención médica bariátrica determina que la cirugía es médicamente necesaria. Para los servicios cubiertos relacionados con procedimientos quirúrgicos bariátricos que reciba, deberá pagar el costo compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, consulte la sección “*Estadía en el hospital*” del *Resumen de beneficios* para conocer el costo compartido que se aplica a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Los gastos de viaje también están cubiertos si el miembro vive a más de 50 millas del establecimiento al que sea referido el paciente. No obstante, no le reembolsaremos ningún gasto de viaje si le ofrecen una referencia a un establecimiento que quede a menos de 50 millas de su hogar.

Servicios para los trastornos de la conducta

Los servicios para los trastornos de la conducta incluyen el tratamiento para trastornos de salud mental y trastornos de consumo de sustancias. L.A. Care proporciona cobertura para el tratamiento médicamente necesario de trastornos de la conducta.

Para obtener más información, llame a Carelon Behavioral Health, el proveedor de servicios para trastornos de la conducta de L.A. Care, al **1.877.344.2858/1.800.735.2929** para TTY/TDD, para coordinar una cita.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Las emergencias psiquiátricas son eventos que ponen en peligro la vida y que requieren atención inmediata. Durante una emergencia psiquiátrica, para acceder a los servicios llame al 911 o vaya al hospital más cercano sin autorización previa. L.A. Care cubre los siguientes servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:

- Hospitalización psiquiátrica
- Atención residencial, de transición, no médica, para pacientes hospitalizados, para trastornos de salud mental
- Tratamiento en un programa residencial para crisis en un establecimiento de tratamiento psiquiátrico con licencia, con monitoreo las 24 horas del día a cargo de personal clínico, para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda

La cobertura incluye habitación y comida, medicamentos psicotrópicos y servicios proporcionados por médicos y otros profesionales de atención médica con licencia.

Servicios de salud mental ambulatorios

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

- Evaluación, tratamiento y atención de la salud mental
- Terapia individual y grupal
- Pruebas psicológicas cuando sean clínicamente necesarias para evaluar un trastorno de la salud mental
- Gestión de medicamentos
- Hospitalización parcial para pacientes ambulatorios
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda
- Tratamiento ambulatorio intensivo para la salud mental
- Estimulación magnética transcraneal ambulatoria
- Terapia electroconvulsiva (ECT)

Consulte la sección sobre *Atención médica de especialistas* (página 25) de este documento para obtener una lista completa de los servicios ambulatorios para la salud conductual que no requieren autorización previa.

Servicios para crisis

L.A. Care cubre los servicios para crisis de salud conductual, que sean proporcionados por un centro 988, un equipo móvil para crisis u otros proveedores de servicios para crisis de salud conductual, para el tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o un trastorno de consumo de sustancias. Estos servicios pueden incluir, a modo de ejemplo, apoyo emocional confidencial para personas que están atravesando una crisis suicida o un problema emocional, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tratamiento para los trastornos de la conducta (incluido el análisis del comportamiento aplicado)

L.A. Care cubre el tratamiento para los trastornos de la conducta, incluido el análisis del comportamiento aplicado (+ABA) para miembros menores de 21 años con una recomendación de un médico, un cirujano o un psicólogo con licencia que indique que los servicios de tratamiento para los trastornos de la conducta basados en evidencias son médicamente necesarios. Ya no se necesita un diagnóstico de trastorno del espectro autista para la autorización de estos servicios.

Servicios de salud mental maternas

L.A. Care cubre los servicios relacionados con condiciones de salud mental maternas que puedan afectar a una mujer durante el embarazo, cerca del parto o después del nacimiento. Esto incluye cobertura para servicios de doulas. Todos los profesionales de atención médica participantes de L.A. Care que brinden atención médica prenatal y posparto deben asegurarse de ofrecerles o realizarles a las madres una evaluación apropiada para la detección de condiciones de salud mental maternas. Estas evaluaciones se realizan durante al menos uno de los siguientes períodos durante el embarazo y después del parto:

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

Consulte la sección titulada *Continuidad de la atención médica* (página 32) de este documento para obtener información sobre la continuación de la atención médica con un proveedor existente.

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

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

Servicios ambulatorios para trastornos de consumo de sustancias

L.A. Care cubre los siguientes servicios para el tratamiento de trastornos de consumo de sustancias:

- programas de tratamiento diurno,
- programas ambulatorios intensivos,
- evaluación, asesoría y tratamiento individual y grupal para trastornos de consumo de sustancias,
- tratamiento médico de los síntomas de abstinencia.

Tratamiento grupal especializado adicional para trastornos de consumo de sustancias

L.A. Care cubre el tratamiento de terapia de reemplazo de opioides para todas las Personas inscritas, cuando sea médicamente necesario, en un centro de tratamiento con licencia aprobado por el grupo médico.

Servicios de recuperación residenciales de transición

L.A. Care cubre el tratamiento para trastornos de consumo de sustancias en un establecimiento de recuperación residencial, de transición, no médico, cuando cuente con la aprobación por escrito del grupo médico. Estos establecimientos proporcionan servicios de asesoría y apoyo en un entorno estructurado.

Exclusiones de los servicios para trastornos de consumo de sustancias

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

Las exclusiones no se aplican a servicios basados en evidencias proporcionados por profesionales de salud mental, permitidos por la ley de California para servicios para trastornos de la conducta.

Servicios para el cáncer

Pruebas de detección de cáncer

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

- Pruebas de detección del cáncer en general
- Pruebas de detección del cáncer cervical
 - Pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH)
 - Vacunas del VPH, como por ejemplo, Gardasil® para miembros de 9 a 26 años
- Mamografías para detectar el cáncer de seno
- Pruebas de detección del cáncer de próstata
- Servicios de dietilestilbestrol
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal, como la prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT), la prueba de sangre oculta en las heces (Fecal Occult Blood Test, FOBT), la prueba multitarget de ADN en las heces y la colonoscopia

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

Si se ha realizado o se realizará una mastectomía o una disección de nódulos linfáticos, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act). Para las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se proporcionará cobertura de una manera determinada en consulta con la paciente y el médico a cargo de la atención, para todas las etapas de la reconstrucción del seno en el que se haya realizado la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico, prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas

de la mastectomía, incluidos los linfedemas. Usted y su médico deciden cuánto tiempo debe permanecer en el hospital después de la cirugía, en función de la necesidad médica. Estos beneficios se proporcionarán con sujeción al mismo costo compartido aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan.

Estudios clínicos

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

- Instituto Nacional de la Salud (National Institute of Health, NIH)
- Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
- Un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades mencionadas previamente o del Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos
- Una entidad de investigación no gubernamental calificada, según lo definido por los Institutos Nacionales de la Salud, para subsidios destinados al apoyo de centros, o
- El Departamento de Asuntos de Veteranos o el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solamente si el estudio o la investigación han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión de colegas que cumpla con los requisitos de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

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

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

Los siguientes servicios de estudios clínicos no están cubiertos:

- Servicios proporcionados únicamente para satisfacer necesidades de recopilación y análisis de datos, y no utilizados en su tratamiento clínico.
- Servicios habitualmente proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas inscritas en el estudio clínico.

Si tiene una condición debilitante o que pone en peligro su vida, o si cumplía con los requisitos para participar en un estudio clínico sobre el cáncer pero le negaron cobertura, tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de la denegación. Puede obtener más información sobre este tema en la sección “¿Qué hacer si no estoy satisfecho?”.

Servicios dentales y ortodóncicos

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

Servicios dentales para radioterapia

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

Anestesia dental

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

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

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

Servicios dentales y ortodóncicos para paladar leporino

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

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

Costos compartidos para servicios dentales y ortodóncicos

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

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

Cuidados para la diabetes

Cubre los siguientes servicios para diabéticos cuando son médicamente necesarios:

- Suministros para pruebas de diabetes en orina y dispositivos para la administración de insulina: cubrimos las tiras reactivas para medición de la cetona y los comprimidos para pruebas de acetona o azúcar o las cintas adhesivas para pruebas de diabetes en orina.
- Dispositivos para la administración de insulina: cubrimos los siguientes dispositivos para la administración de insulina: dispositivos de administración tipo pluma, agujas y jeringas desechables, y accesorios para la visión necesarios para garantizar la administración de una dosis adecuada (excepto anteojos).
- Medicamentos recetados: consulte la sección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados*”.
- Dispositivos podiátricos (como calzado especial o plantillas) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.

- Cuidado de los pies médicamente necesario para pacientes diabéticos.
- Capacitación y educación de la salud para el autocontrol de la enfermedad.
- Educación de la familia para el autocontrol de la enfermedad.

Servicios de radiología y laboratorio de diagnóstico

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

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

Análisis de laboratorio:

- Análisis de laboratorio para monitorear la eficacia de la diálisis.
- Pruebas de sangre oculta en las heces, pruebas inmunoquímicas fecales y prueba multitarget de ADN en las heces.
- Análisis de laboratorio y pruebas de detección de rutina que sean servicios de atención médica preventiva, como pruebas preventivas de detección del cáncer cervical, pruebas de antígenos específicos de la próstata, análisis de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de detección de diabetes (pruebas de glucosa en sangre en ayunas), determinadas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de VIH.
- Las pruebas de biomarcadores para el cáncer metastásico avanzado en estadio 3 o 4, o las pruebas de progresión o recurrencia del cáncer en pacientes con cáncer metastásico avanzado en estadio 3 o 4, están cubiertas sin autorización previa.
- Las pruebas de biomarcadores que no son para un tratamiento aprobado por la FDA para el cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4 requieren autorización previa.
- Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas pruebas de trastornos genéticos específicos, para las que se dispone de asesoría genética).
- Angiografías de retina preventivas de rutina.
- Todos los demás procedimientos de diagnóstico proporcionados por proveedores participantes que no sean médicos (como ECG y EEG).
- Radioterapia.
- Tratamientos con luz ultravioleta.
- Costos de laboratorio para el procesamiento de kits de pruebas en el hogar para enfermedades de transmisión sexual, cuando la prueba sea recetada por su proveedor dentro de la red.

Cuidados de diálisis

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

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

Los siguientes son servicios cubiertos relacionados con la diálisis:

- Cuidados de diálisis para pacientes hospitalizados.
- Tratamiento de hemodiálisis en un establecimiento del plan.
- Todos los demás exámenes, consultas y tratamientos ambulatorios.

Exclusiones:

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

Equipo médico duradero (DME)

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

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

- está destinado al uso reiterado,
- por lo general se usa principalmente para un fin médico,
- generalmente no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión,
- es apropiado para usarlo en el hogar.

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

Los ejemplos de DME incluyen:

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

Exclusiones:

- Equipos o accesorios de comodidad, higiene o lujo.

Servicios de atención médica de emergencia

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

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

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

Entre los ejemplos de emergencias se encuentran:

- Problemas respiratorios
- Convulsiones
- Hemorragia abundante
- Pérdida del conocimiento/desmayos (la persona no despierta)
- Dolor grave (incluido dolor en el pecho)
- Tragar veneno o sobredosis de medicamentos
- Huesos rotos

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

Su PCP deberá proporcionarle atención médica de seguimiento para los servicios de emergencia. Se le reembolsarán todos los cargos que pague por servicios de emergencia cubiertos, incluso los servicios de transporte médico (como ambulancia y ambulancia aérea), proporcionados por proveedores no participantes. La cantidad que pagará no superará el costo compartido que tendría que pagar por los mismos servicios cubiertos a través de un proveedor participante.

Servicios de emergencia fuera del área de servicio

Si se produce una emergencia mientras se encuentra fuera del área de servicio o fuera de los Estados Unidos, podrá recibir servicios de emergencia en el establecimiento para emergencias (médico, clínica u hospital) más cercano. Deberá informar dichos servicios a L.A. Care dentro de un plazo de 48 horas, o tan pronto como pueda. Todo tratamiento proporcionado que no sea autorizado por su PCP o L.A. Care, y que L.A. Care luego determine que no fue parte de servicios de emergencia, según lo definido en este *Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros*, no contará con cobertura. Si usted se encuentra fuera de los Estados Unidos, tendrá que pagar por los servicios de emergencia que reciba. L.A. Care reembolsará los servicios de emergencia cubiertos hasta la cantidad máxima permitida. Cuando presente su reclamo, deberá presentar los expedientes médicos, un comprobante de facturación del médico y un comprobante de pago para que los revisemos.

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

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

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

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

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

Asimismo, es posible que usted deba pagar por los servicios si el hospital no participante no puede averiguar su nombre y obtener la información de contacto de L.A. Care para solicitar la aprobación para brindar servicios una vez lograda su estabilización. Si cree que le facturaron inadecuadamente servicios posteriores a la estabilización que recibió a través de un hospital no participante, comuníquese con Servicios para los Miembros de L.A. Care llamando al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Planificación familiar

Se ofrecen servicios de planificación familiar a las Personas inscritas en edad de tener hijos, con el fin de ayudarles a seleccionar cuántos hijos desean tener y con cuántos años de diferencia. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Puede recibir servicios de planificación familiar y anticonceptivos aprobados por la FDA (incluido un suministro para 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrables, entregado por única vez) a través de cualquier proveedor de atención médica participante que tenga licencia para prestar estos servicios. Los servicios relacionados con medicamentos y dispositivos anticonceptivos ambulatorios, como la colocación o extracción de un dispositivo, la atención médica de seguimiento para los efectos secundarios y la asesoría para cumplir continuamente con el tratamiento también están cubiertos sin cargo (copago de \$0). Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar incluyen:

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

Desde el 1 de enero de 2024, los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA disponibles para la venta libre sin receta están cubiertos sin cargo (copago de \$0). Los servicios de planificación familiar también incluyen asesoría, educación sobre anticoncepción, esterilización femenina, procedimientos quirúrgicos para poner fin a un embarazo (lo que se conoce como aborto) y vasectomías. Todos estos servicios están cubiertos sin cargo y no requieren autorización previa. Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** si necesita más información sobre los centros que prestan estos servicios.

Servicios de educación de la salud

Health In Motion™

El programa de servicios de educación de la salud de L.A. Care se llama *Health In Motion™*. Estos servicios incluyen una amplia variedad de entretenidos talleres de bienestar y citas grupales para ayudarle a mantenerse saludable y controlar sus condiciones crónicas.

¡Venga y aprenda las habilidades que necesita para alcanzar sus metas de salud de manera interactiva e interesante! Se ofrecen talleres de bienestar y citas grupales en inglés y español, en lugares y horarios cómodos para usted. Hay intérpretes de otros idiomas disponibles de manera gratuita. Si no puede asistir a un taller, un consejero de salud o un dietista titulado de L.A. Care le llamará y hablará con usted por teléfono. Los temas relacionados con la salud incluyen asma, diabetes, salud cardíaca, apoyo para condiciones crónicas, nutrición y ejercicio, entre otros.

Programa de Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes (Diabetes Prevention Program, DPP) es un programa de un año para personas que tienen prediabetes o están en riesgo de sufrir diabetes tipo 2. El DPP le ayudará a realizar cambios saludables, como hacer más actividad física, reducir el estrés y seguir una dieta más sana. Podrá participar en este programa si:

- tiene 18 años o más,
- tiene un IMC > 25 (o > 23 si se autoidentifica como asiático),
- ha tenido en los últimos 12 meses:
 - una prueba de HbA1C con un valor de 5.7 a 6.4
 - o
 - un resultado de glucosa en plasma en ayunas de 100-125 mg/dL o
 - una prueba de glucosa después de 2 horas de 140-199 mg/dL,
- no tiene un diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o 2,
- no tiene diabetes gestacional,
- no tiene enfermedad renal en estado terminal.

My Health In Motion™

My Health In Motion™ es nuestra versión en línea de Health In Motion™. Puede acceder a herramientas de salud y bienestar al alcance de sus manos desde la comodidad de su hogar. Ingrese en cualquier momento que le quede cómodo, de día o de noche. Complete su Evaluación de la salud para ver su informe de bienestar personalizado. También puede conectarse con un consejero de salud virtual, ver recetas saludables, videos e inscribirse en talleres de bienestar en línea.

Ingrese en lacare.org y haga clic en “Member Sign In” (Inicio de sesión para miembros). Haga clic en la solapa “My Health In Motion™” para ver todas las herramientas que pueden ayudarle a mantenerse saludable.

El Programa de recompensas de My Health In Motion™

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

- Responder la encuesta de evaluación de la salud.
- Inscribirse para recibir el asesoramiento de un consejero de salud.
- Completar un taller en línea para dejar el tabaco.
- Completar un taller en línea sobre peso saludable.

Para reunir los requisitos para obtener recompensas, usted debe:

- tener al menos 18 años,
- tener activa su inscripción en L.A. Care Covered™, y
- mantener al día el pago de su prima.

*La realización de la evaluación de la salud tiene un límite de una por miembro de por vida. Todas las actividades deben completarse antes de las 11:59 p. m., hora del Pacífico, al final del año calendario para recibir la recompensa. Puede encontrar más información sobre el Programa de recompensas My Health In Motion™, la acumulación de puntos y cómo canjear las tarjetas de regalo en el sitio de My Health In Motion™.

La audioteca de educación de la salud de L.A. Care está a su disposición a través de la Línea de Enfermería y tiene mensajes pregrabados sobre temas que le brindan la información necesaria para:

- prevenir enfermedades,
- identificar signos de advertencia,
- saber cómo cuidarse.

Todos podemos tener preguntas o inquietudes relacionadas con la atención médica aunque no tengamos síntomas. La audioteca de educación de la salud está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarles a usted y a su familia a aprender sobre enfermedades comunes o crónicas.

Todos los recursos y servicios de educación de la salud son gratuitos, incluso los programas en línea, la asesoría por teléfono, la asesoría individual cuando la visita al consultorio sea exclusivamente para recibir educación de la salud, y los materiales de educación de la salud. La educación de la salud proporcionada durante una consulta ambulatoria o un examen ambulatorio no tendrá ningún costo compartido adicional para usted, más allá del costo compartido de la visita. Para obtener más información, llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** o visite **lacare.org**.

Servicios para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Pruebas de VIH

Cualquier proveedor de atención médica con licencia para brindar estos servicios podrá realizarle pruebas de VIH confidenciales. No necesita una referencia ni la autorización de su PCP ni del plan de salud para hacerse estas pruebas. La siguiente lista incluye ejemplos de proveedores que pueden realizarle pruebas de VIH confidenciales:

- Su PCP
- Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles
- Proveedores de servicios de planificación familiar
- Clínicas prenatales

Llame a L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para solicitar una lista de los lugares donde puede hacerse estas pruebas.

Servicios de salud en el hogar

“Servicios de salud en el hogar” hace referencia a los servicios proporcionados en el hogar por enfermeros, trabajadores sociales médicos, auxiliares de atención médica en el hogar, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Cubrimos los servicios de salud en el hogar únicamente si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted está confinado en su hogar (o el hogar de un amigo o familiar).

- Su condición requiere los servicios de un enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla (los servicios de auxiliares de atención médica en el hogar no cuentan con cobertura, a menos que usted también esté recibiendo servicios de salud en el hogar cubiertos de un enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla que solo un proveedor con licencia pueda proporcionar).
- Un proveedor participante determina que es posible supervisar y controlar eficazmente su atención médica en su hogar y que los servicios pueden brindarse de manera segura y eficaz en su hogar.
- Los servicios se proporcionan dentro de nuestra área de servicio.

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

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

Exclusiones:

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

Cuidados paliativos

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

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

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

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

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

- Servicios de médicos participantes.
- Atención de enfermería especializada, que incluye la evaluación, la administración de las necesidades de enfermería, el tratamiento del dolor y el control de los síntomas (cuidados paliativos), el apoyo emocional para usted y su familia, y la capacitación de las personas a cargo de su cuidado.
- Terapia física, ocupacional o del habla para el control de los síntomas o para permitirle seguir realizando las actividades de la vida cotidiana.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de auxiliares de atención médica en el hogar y de ama de casa.
- Medicamentos paliativos recetados para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos. Debe obtener estos medicamentos a través de farmacias del plan.
- Equipos médicos duraderos.
- Atención de relevo cuando sea necesaria para aliviar a las personas a cargo de su cuidado. La atención de relevo consiste en atención ocasional a corto plazo brindada como paciente hospitalizado por no más de cinco días consecutivos por vez.
- Asesoría y servicios por duelo.
- Asesoría en materia de alimentación.
- Los siguientes cuidados brindados durante períodos de crisis cuando necesite atención médica continua para aliviar o controlar síntomas médicos agudos:
 - Atención de enfermería en forma continua durante un máximo de 24 horas según sea necesario para que pueda permanecer en su hogar.
 - Atención médica a corto plazo para pacientes hospitalizados en un nivel que no pueda proporcionarse en el hogar.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

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

- Habitación y comida, incluida una habitación privada si es médicamente necesario.
- Atención médica especializada y unidades de cuidados críticos.
- Atención de enfermería general y especial.
- Quirófano y sala de recuperación.
- Servicios de médicos participantes, incluidas las consultas y los tratamientos brindados por especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos (para los medicamentos para el alta recetados cuando sea dado de alta del hospital, consulte la sección “*Medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*” de esta sección de “*Beneficios y costos compartidos*”).

- Materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, incluidas resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones.
- Sangre, derivados hematológicos y su administración.
- Atención obstétrica y parto (incluida la cesárea).
- Terapia física, ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado).
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.

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

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

- Cirugía bariátrica
- Estudios clínicos
- Servicios dentales y ortodóncicos
- Cuidados de diálisis
- Atención para enfermos desahuciados
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Cirugía reconstructiva
- Atención de enfermería especializada
- Servicios de trasplante

Exclusiones:

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

Cuidados de maternidad

- L.A. Care cubre todas las visitas antes de la concepción y prenatales.
- Los servicios de parto y hospitalización están cubiertos.
- Los cuidados de maternidad incluyen lo siguiente:
 - Visitas regulares al médico durante el embarazo (denominadas visitas prenatales).
 - Servicios de atención médica ambulatoria.
 - Pruebas de diagnóstico y genéticas, como por ejemplo: 1) prueba de alfa-fetoproteína; 2) prueba de detección de diabetes gestacional.
 - Asesoría nutricional; apoyo, suministros y asesoría para la lactancia materna.

- Atención médica durante el trabajo de parto y el parto.
- Atención médica seis (6) semanas después del parto (denominada atención posparto).
- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizadas por un período mínimo de 48 horas en caso de parto vaginal normal, o de 96 horas en caso de parto por cesárea. La cobertura de la atención médica hospitalaria como paciente hospitalizada puede ser de menos de 48 horas o 96 horas si: 1) si así lo deciden la madre y el médico que atiende a la madre; y 2) si se programa una visita de seguimiento después del alta, para la mamá y para el bebé, en las 48 horas siguientes al alta.
- Servicios de urgencia necesarios para prevenir el deterioro grave de la salud del feto, si se considera razonablemente que usted tiene una condición relacionada con el embarazo cuyo tratamiento no puede demorarse hasta que la Persona inscrita vuelva al área de servicio del plan.

Si está embarazada, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)** de inmediato. Deseamos asegurarnos de que reciba la atención médica que necesita. L.A. Care le ayudará a seleccionar un médico de la red para que le preste cuidados de maternidad. Para obtener más información, consulte a su médico. Después de dar a luz, recibirá asesoramiento sobre lactancia y equipos especiales si son necesarios. Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico o llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Preservación de la fertilidad

Los servicios para preservar la fertilidad con el fin de contrarrestar una infertilidad causada médicamente (infertilidad iatrogénica) están cubiertos. Esto puede incluir:

- Criopreservación de óvulos o esperma
- Protección contra la radiación

Los demás servicios para tratar la infertilidad no están cubiertos, como por ejemplo:

- Inseminación intrauterina
- Fertilización in vitro
- Medicamentos destinados a aumentar la fertilidad o fomentar la implantación de embriones

Terapia médica nutricional (MNT)

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

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

Transporte médico

Servicios de transporte de emergencia

L.A. Care cubre los servicios de ambulancia para ayudarle a ir al lugar de atención médica más cercano en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es tan grave que otros medios para ir a un lugar de atención médica podrían poner en riesgo su salud o su vida.

Servicios de transporte para situaciones que no sean de emergencia

Este beneficio permite tener acceso al transporte más rentable y accesible. Esto puede incluir: ambulancia y servicios de traslado en un vehículo psiquiátrico.

Los medios de transporte están autorizados cuando:

- su condición médica o física no le permite viajar en autobús, vehículo de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado; y
- el transporte es necesario para trasladarlo de un establecimiento a otro, o de un establecimiento a su hogar.

Límites de los servicios de transporte de emergencia y para situaciones que no sean de emergencia

Este beneficio de transporte de emergencia permite el traslado para recibir servicios médicos de emergencia mediante ambulancia o vehículo psiquiátrico, incluidos los servicios de ambulancia aérea médicamente necesarios.

Los servicios de transporte para situaciones que no sean de emergencia se limitan al traslado de un establecimiento a otro, o de un establecimiento a su hogar, si es médicamente necesario. El beneficio de transporte para situaciones que no sean de emergencia no cubre el traslado en avión, en vehículo de pasajeros, en taxi o en cualquier otro medio de transporte público.

Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios en establecimientos ambulatorios

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

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

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

Suministros para estoma y urológicos

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

- Adhesivos: líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla.
- Fajas para estoma.
- Fajas para hernia.
- Sondas.
- Bolsas/botellas para drenaje: para la cama y la pierna.
- Suministros para vendaje.
- Lubricantes.

- Suministros varios: conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes para estoma; dispositivos de sujeción de sondas de drenaje; cinta adhesiva para tapas para estoma; conectores para colostomía; conectores para estoma; jeringas de irrigación, bulbos y pistones; tubos; abrazaderas para sondas, correas para pierna y dispositivos de soporte; abrazaderas peneanas o uretrales y dispositivos de compresión.
- Bolsas: urinarias, para drenaje, para estoma.
- Barreras cutáneas.
- Cinta adhesiva: todos los tamaños, impermeables y no impermeables.

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

Exclusiones:

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

Control del dolor

Los servicios de acupuntura suelen proporcionarse únicamente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Además, la terapia de salud conductual, la terapia basada en instrumentos, la terapia inmersiva y los dispositivos médicos están cubiertos para el control del dolor para ayudar a prevenir el consumo excesivo de opioides.

Servicios pediátricos

Atención médica pediátrica para el asma

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

Atención dental pediátrica

L.A. Care cubre los siguientes beneficios de atención dental para miembros de hasta 19 años. No se aplica el deducible anual. Los beneficios dentales son proporcionados por Liberty Dental a través de su amplia red de proveedores dentales. Si desean información sobre los proveedores, los miembros pueden llamar a Liberty Dental al **1.888.700.5243 (TTY/TDD 1.877.855.8039, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Los beneficios cubiertos incluyen:

- Atención preventiva y de diagnóstico, incluidos los exámenes bucales, las limpiezas preventivas, la aplicación de selladores y de flúor tópico
- Servicios dentales básicos y de gran envergadura, lo que incluye empastes de amalgama, tratamientos de conducto y servicios de extracción
- Servicios de ortodoncia

Coordinación de beneficios de atención dental pediátrica

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

Atención oftalmológica pediátrica

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

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

- Examen de la vista, que incluye dilatación si se indica y refracción.
- 1 (un) par de anteojos recetados por año, incluidos marcos y cristales, o lentes de contacto. Pueden obtenerse lentes monofocales, bifocales convencionales, trifocales convencionales y lenticulares en todas las graduaciones. Pueden elegirse lentes de vidrio, plástico o policarbonato. Las lentes de policarbonato pueden obtenerse sin ningún costo compartido adicional.
- Lentes de contacto médicamente necesarios para el tratamiento de: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos de la córnea, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.
- Servicios para visión disminuida.

Servicios podiátricos (cuidado de los pies)

Los servicios podiátricos (cuidado de los pies) están cubiertos, lo cual incluye el diagnóstico y tratamiento de condiciones que afecten los pies, los tobillos y las estructuras de la pierna.

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

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

Atención médica prenatal

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

- Suplementos vitamínicos prenatales
- Pruebas de diagnóstico y genéticas

Medicamentos, suministros y suplementos recetados (para pacientes ambulatorios)

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

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

Cómo obtener los artículos cubiertos

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

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

Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para pacientes ambulatorios

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

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

La cobertura también incluye un suministro para 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrables aprobados por la FDA, entregado por única vez.

Si un medicamento o dispositivo anticonceptivo cubierto no está disponible o es considerado médicamente desaconsejable por su profesional médico, puede solicitar la autorización de un medicamento o dispositivo anticonceptivo no cubierto según lo indicado por su profesional médico. Si su autorización es aprobada por el plan, el medicamento o dispositivo anticonceptivo se proporcionará sin cargo (copago de \$0).

Medicamentos y suplementos preventivos

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

- Aspirina
- Suplementos de ácido fólico para mujeres embarazadas
- Suplementos de hierro para niños
- Suplementos de flúor para niños
- Medicamentos y productos para dejar el tabaco

Todos los demás medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

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

- Medicamentos para los que la ley exige una receta y determinados medicamentos que no requieren una receta si están incluidos en nuestro formulario de medicamentos
- Agujas y jeringas necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos

Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios, incluidos los medicamentos anticancerosos administrados oralmente

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

Para los Miembros del plan Minimum Coverage HMO, el costo compartido de un suministro de medicamentos recetados para 30 días está sujeto al deducible.

Los costos compartidos indicados previamente se aplican a los planes para indígenas estadounidenses y nativos de Alaska.

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

Nota: Si el precio minorista de un medicamento, suministro o suplemento recetado cubierto es inferior al copago definido, usted pagará la suma más baja. La suma pagada por usted se aplicará a su límite máximo de gastos de bolsillo y su deducible (si corresponde).

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

Deducible para medicamentos: En cualquier año calendario, es posible que deba pagar cargos por los medicamentos cubiertos. Si su plan de beneficios incluye un deducible para medicamentos, usted deberá pagar todos los costos para alcanzar el deducible para medicamentos cada año calendario antes de que L.A. Care Covered™ Health Plan cubra el medicamento con el copago aplicable (consulte la sección “Costos compartidos para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”). Si un medicamento debe ser administrado o supervisado por personal médico y es administrado en un consultorio médico del plan o durante visitas al hogar, usted no tendrá que alcanzar el deducible para medicamentos para los siguientes artículos:

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

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

Determinados medicamentos, suministros y suplementos intravenosos

Cubrimos determinados medicamentos, fluidos, aditivos y nutrientes intravenosos autoadministrables que requieran tipos específicos de infusión parenteral (como una infusión intravenosa o intraespinal), y los suministros y equipos necesarios para su administración. **Nota:** Los medicamentos inyectables y la insulina no están cubiertos en virtud de esta sección (consulte la sección “*Exclusiones de medicamentos, suministros y suplementos recetados para pacientes ambulatorios*”).

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

Cubrimos sin cargo (copago de \$0):

- Tiras para medición de la cetona
- Comprimidos para pruebas de acetona

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

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

Servicios de atención médica preventiva

Conforme al Título 42 del Código de los Estados Unidos Anotado (United States Code Annotated, U.S.C.A.), Sección 300gg-13(a). Conforme a la Sección 1367.002, Servicios de atención médica preventiva, la atención médica prenatal o las visitas previas a la concepción están cubiertas sin cargo. Cubrimos una amplia variedad de servicios de atención médica preventiva. Los exámenes médicos periódicos incluyen todas las pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio de rutina. Esto incluye, a modo de ejemplo:

- Exámenes médicos periódicos de mantenimiento, lo que incluye exámenes femeninos de rutina.
- Inmunizaciones, conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/ Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). La cobertura para la vacuna contra la COVID-19 también está incluida sin cargo.
 - Pruebas de COVID-19
- Pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluidos los kits de pruebas para el hogar cuando sean indicados por su proveedor dentro de la red.
- Exámenes citológicos, en forma periódica y razonable.
- Otras inmunizaciones apropiadas según la edad.
- Vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Profilaxis previa a la exposición al VIH (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios necesarios asociados, incluidos aquellos para la atención médica inicial y la atención médica de seguimiento.

- Servicios para osteoporosis.
- Exámenes oftalmológicos:
 - Examen de rutina
- Educación sobre la salud.
- Todas las pruebas de detección del cáncer médicamente aceptadas, como por ejemplo:
 - Pruebas de detección del cáncer de seno
 - Pruebas de detección de cáncer de próstata
 - Pruebas de detección de cáncer colorrectal, como la prueba inmunoquímica fecal (FIT), la prueba de sangre oculta en las heces (FOBT), la prueba multitarget de ADN en las heces y la colonoscopia*
 - Pruebas de detección del cáncer en general
 - Servicios de mamografía
 - Pruebas de detección del cáncer cervical
 - Servicios de dietilestilbestrol
 - Prueba de detección de experiencias adversas en la niñez (Adverse Childhood Experience, ACE)
- Atención médica de rutina para bebés durante los primeros dos años de vida, lo que incluye:
 - Visitas al hospital para recién nacidos y pruebas de detección para recién nacidos.
 - Exámenes médicos para recién nacidos y otras visitas al consultorio, conforme a las últimas recomendaciones para Atención médica pediátrica preventiva, adoptadas por la Academia Estadounidense de Pediatría; y conforme a la última versión del Programa recomendado de inmunización infantil/Estados Unidos, adoptado por el Comité de Asesoría sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).
- Además, L.A. Care también cubre sin cargo los tratamientos terapéuticos para COVID-19 (por ejemplo, los antivirales como Paxlovid™).

* Si una prueba de detección de cáncer colorrectal (que no sea una colonoscopia) arroja un resultado positivo, se requerirá una colonoscopia de seguimiento. Esta colonoscopia subsiguiente también estará cubierta como un servicio preventivo sin cargo.

Para las pruebas realizadas con fines de diagnóstico después de haber hallado algún síntoma en una prueba realizada con fines preventivos, se aplicará el copago estándar para la prueba de diagnóstico.

Exclusiones

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

Servicios profesionales, visitas al consultorio y servicios ambulatorios

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

- La mayoría de las consultas, exámenes y tratamientos proporcionados por especialistas.

- Consultas a otros profesionales (asistente médico, enfermera con práctica médica).
- Exámenes físicos de mantenimiento de rutina.
- Exámenes de rutina preventivos para niños (hasta los 23 meses).
- Consultas de atención médica de urgencia. Fisioterapeuta – Salud en el hogar.
- Fisioterapeuta – En el hospital como paciente ambulatorio.

Dispositivos protésicos y ortopédicos

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

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

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

Dispositivos implantados

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

Dispositivos externos

Cubrimos los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla luego de la extirpación total o parcial de la laringe (esta cobertura no incluye las máquinas electrónicas para producir la voz, que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, lo que incluye:
 - Prótesis a medida cuando sean médicamente necesarias.
 - Hasta tres sostenes o corpiños necesarios para sostener una prótesis cada 12 meses.
- Dispositivos podiátricos (como calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando son recetados por un médico participante o un proveedor participante que sea podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras, y vendas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para Miembros que necesitan alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Prótesis para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del rostro que se ha extirpado o ha quedado afectada como resultado de una enfermedad, lesión o anomalía congénita.
- Lentes de contacto para tratar condiciones oculares, como el queratocono o la queratoconjuntivitis seca, la aniridia o la afaquia. Los servicios médicamente necesarios para la afaquia no están sujetos a restricciones de edad.

Exclusiones de dispositivos protésicos y ortopédicos

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

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anómalas del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico participante determina que es necesario para mejorar la función o crear un aspecto normal, en la medida que sea posible.
- Después de la extirpación total o parcial médicamente necesaria de un seno, cubrimos la reconstrucción del seno, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico, así como el tratamiento de las complicaciones físicas, como los linfedemas.

Los servicios de cirugía reconstructiva cubiertos adicionales incluyen:

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

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

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

- Servicios dentales y ortodóncicos que son una parte integral de una cirugía reconstructiva del paladar leporino (consulte “Servicios dentales y ortodóncicos”).
- Servicios ambulatorios de diagnóstico por imágenes y laboratorio (consulte “Diagnóstico por imágenes, laboratorio y procedimientos especiales ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Prótesis y aparatos ortopédicos (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).
- Cirugía estética (es decir, una cirugía realizada para alterar o reformar estructuras normales del cuerpo).

Atención de enfermería especializada

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

El período de beneficios comienza en la fecha en que usted es admitido en un hospital o un hospital de enfermería en un nivel especializado de atención. El período de beneficios finaliza en la fecha en que usted deje de estar hospitalizado en un hospital o un hospital de enfermería, recibiendo un nivel especializado de atención, durante 60 días consecutivos. Para que comience un nuevo período de beneficios debe haber finalizado el período de beneficios existente. No debe cumplir con una estadía anterior de tres días en un hospital de cuidados agudos.

Cubrimos los siguientes servicios:

- Servicios de médicos y enfermeras.
- Habitación y comida.
- Medicamentos recetados por un proveedor participante como parte de su plan de atención médica en el hospital de enfermería participante de acuerdo con las pautas de nuestro formulario de medicamentos, si los administra personal médico en el hospital de enfermería participante.
- Equipos médicos duraderos de acuerdo con nuestro formulario de equipos médicos duraderos, si los hospitales de enfermería habitualmente proporcionan el equipo.
- Servicios de diagnóstico por imágenes y laboratorio que los hospitales de enfermería proporcionen habitualmente.
- Servicios sociales médicos.
- Sangre, derivados hematológicos y su administración.
- Suministros médicos.
- Terapia física, ocupacional y del habla.
- Terapia respiratoria.

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

- Servicios ambulatorios de diagnóstico por imágenes y laboratorio.

Servicios para trastornos de consumo de sustancias

Proporcionamos cobertura para el tratamiento médicamente necesario de trastornos de consumo de sustancias. Consulte la definición de Tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o un trastorno de consumo de sustancias. Para obtener más información, consulte la sección de Servicios para los trastornos de la conducta de la EOC.

Terapia física, ocupacional, del habla y de otros tipos

- Terapia física es aquella que utiliza ejercicios para mejorar y mantener la capacidad de un paciente de desenvolverse después de una enfermedad o lesión.
- La terapia ocupacional se utiliza para mejorar y mantener las capacidades de la vida cotidiana del paciente que tiene una discapacidad o lesión.
- Terapia del habla es la que se utiliza para el tratamiento de problemas del habla.
- La terapia acuática y la terapia de masajes están cubiertas cuando son médicamente necesarias.

La terapia está cubierta y puede proporcionarse en un consultorio médico u otro establecimiento ambulatorio apropiado, un hospital, un hospital de enfermería o en el hogar. L.A. Care puede solicitar evaluaciones periódicas siempre que se proporcione una terapia médicamente necesaria.

Servicios de transgénero

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

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

Trasplantes

L.A. Care cubre los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea médicamente necesarios, que no sean de naturaleza experimental ni estén en investigación. Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea si su médico proporciona una referencia por escrito para que reciba atención médica en un establecimiento de trasplantes.

Después de la referencia a un establecimiento de trasplantes, se aplica lo siguiente:

- Si su grupo médico o el establecimiento al que fue referido determina que usted no cumple con los criterios para recibir un trasplante, solamente cubriremos los servicios que reciba antes de que se tome la determinación.
- El plan de salud, los hospitales participantes, su grupo médico y los médicos participantes no son responsables de conseguir, proporcionar ni garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- De acuerdo con nuestras pautas para los servicios de donantes vivos para trasplantes, brindamos determinados servicios relacionados con la donación a un donante, o a una persona identificada por el grupo médico como posible donante, independientemente de que el donante sea o no Miembro del plan. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted, lo que puede incluir determinados servicios para recolectar el órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones. Puede obtener nuestras pautas para servicios de donantes llamando al Departamento de Servicios para los Miembros.
- Proporcionamos o pagamos los servicios relacionados con la donación para donantes o posibles donantes (sean o no Miembros) de acuerdo con nuestras pautas para servicios de donantes. Si su trasplante se deniega porque es de naturaleza experimental o de investigación, consulte la sección “*Quejas y Apelaciones*” para obtener información sobre su derecho a una “Revisión Médica Independiente para denegaciones de terapias experimentales y de investigación”.

Cuando reciba servicios de trasplante cubiertos, deberá pagar el **costo compartido que debería pagar si los servicios no estuvieran relacionados con un trasplante**. Por ejemplo, consulte la sección “*Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados*” de esta sección para conocer el costo compartido que se aplica a la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Servicios para los Niños de California (CCS)

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

Si el PCP de un miembro sospecha o identifica la existencia de un problema de salud que posiblemente cumpla con los requisitos para que el miembro participe en el CCS, puede referir al miembro al programa CCS local del condado. El programa CCS (local o de la Oficina regional del CCS) determinará si la condición del miembro reúne

los requisitos para recibir los servicios del CCS. Si se determina que un Miembro de L.A. Care Covered™ es elegible para recibir los servicios del CCS, seguirá inscrito en el producto QHP. El Miembro será referido y debería recibir tratamiento para la condición elegible para el CCS a través de la red especializada de proveedores del CCS o los centros especializados aprobados por el CCS. Estos proveedores y centros especializados del CCS están altamente capacitados para tratar las afecciones que cumplen con los requisitos de dicho programa. L.A. Care seguirá proporcionando los servicios de atención médica primaria y preventivos que no estén relacionados con las condiciones elegibles para el CCS, según lo descrito en este documento. L.A. Care también trabajará en forma conjunta con el programa CCS para coordinar la atención médica proporcionada por el programa CCS y el plan.

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

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

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

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones

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

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

Todos los servicios relacionados con la inseminación artificial y la concepción por medios artificiales, tales como: trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT), semen y óvulos (y los servicios relacionados con la recolección y el almacenamiento), fertilización in vitro (In Vitro Fertilization, IVF) y transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT).

Servicios de biorretroalimentación

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

Determinados exámenes y servicios

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

Servicios estéticos

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

- Servicios cubiertos conforme a la sección “*Cirugía reconstructiva*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

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

Servicios quiroprácticos

Servicios quiroprácticos y los servicios proporcionados por un quiropráctico.

Cuidado de custodia

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

Servicios dentales y ortodóncicos

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

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

Suministros desechables

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

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos conforme a las secciones “*Equipos médicos duraderos para el hogar*”, “*Servicios de salud en el hogar*”, “*Cuidados paliativos*”, “*Suministros para estoma y urológicos*” y “*Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios*” de la sección “*Beneficios del plan*”.

Tratamiento para la pérdida o el crecimiento del cabello

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

Servicios para la infertilidad

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

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

Por ejemplo, no cubrimos:

- la enseñanza de modales y etiqueta;
- los servicios de capacitación y apoyo para desarrollar aptitudes de planificación, como la planificación de las actividades cotidianas y la planificación de proyectos o tareas;
- los artículos y servicios para aumentar el conocimiento académico o las aptitudes académicas;

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

Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo

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

Beneficios de atención médica a largo plazo

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

Servicios de atención médica que no sean médicamente necesarios

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

Nutrición oral

Nutrición oral ambulatoria, como suplementos nutricionales, suplementos a base de hierbas, complementos para bajar de peso, fórmulas y alimentos, a menos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de un trastorno de salud mental/trastorno de consumo de sustancias.

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

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

Otro seguro

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

Atención médica residencial

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

Artículos y servicios para el cuidado de rutina de los pies

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

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

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

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

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

Servicios proporcionados por personas sin licencia

Servicios que son proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesitan licencias o certificados otorgados por el estado para brindar servicios de atención médica, y cuando la condición del Miembro no requiera que los servicios sean proporcionados por un proveedor de atención médica con licencia. Esta exclusión no se aplica a los servicios para trastornos de salud mental/trastornos de consumo de sustancias proporcionados por una persona sin licencia que cumpla con la definición de asistente psicológico, trabajador social clínico auxiliar, psicólogo registrado, psicólogo residente, pasante u otra persona sin licencia calificada según la ley estatal para brindar los servicios.

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

Servicios relacionados con un servicio no cubierto

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

Alquiler de vientre

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

Limitaciones

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

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

Información general

Participación en el programa de beneficios

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

Notificaciones

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

Para envíos a L.A. Care:

L.A. Care Health Plan

Attention: Director of Customer Solution Center 1055 W. 7th Street, 10th Floor

Los Angeles, CA 90017

Para envíos a un Miembro:

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

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

Cómo se le paga a un proveedor

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

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

A veces, los proveedores reciben una recompensa por brindar atención médica de calidad a los miembros de L.A. Care. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros de L.A. Care al **1.855.270.2327 (TTY 711, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

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

Disposiciones en materia de reembolsos, si usted recibe una factura

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

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Request
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

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

Contratistas independientes

Los médicos, PPG, hospitales y otros proveedores de atención médica de L.A. Care no son agentes ni empleados de L.A. Care, sino contratistas independientes. Si bien L.A. Care acredita regularmente a los médicos que brindan servicios a los miembros, L.A. Care no proporciona por sí misma dichos servicios. Por lo tanto, L.A. Care no es responsable por los actos u omisiones de ninguna persona que brinde estos servicios a los miembros. Esto incluye médicos, hospitales u otros proveedores, o sus empleados.

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC)

Un miembro puede solicitar una revisión del DMHC si L.A. Care cancela o se niega a renovar la membresía de un miembro, y el miembro cree que se debe a motivos de salud o al uso de los beneficios. El miembro puede comunicarse con el DMHC llamando a la línea gratuita al **1.888.466.2219**.

Coordinación de beneficios

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

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

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

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

Responsabilidad de terceros

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

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

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

Participación en las políticas públicas

L.A. Care es una entidad pública que opera planes de atención médica administrada, como L.A. Care Covered™, y es dirigida por una Mesa Directiva. La Mesa Directiva de L.A. Care se reúne mensualmente. L.A. Care lo invita a:

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

Comités Regionales de Asesoría de la Comunidad (RCAC)

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

- Aportar su opinión e ideas sobre las operaciones y los servicios actuales y futuros de los planes de salud.
- Debatir los problemas e inquietudes de los miembros.
- Aconsejar a la Mesa Directiva de L.A. Care.
- Educar a la comunidad sobre los problemas en la atención médica y empoderar a los miembros de los comités para que defiendan sus derechos.

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

Notificación de prácticas de información

La Ley de Protección de la Privacidad e Información de Seguros (Insurance Information and Privacy Protection Act) establece que “L.A. Care puede recopilar información personal de personas que no sean las personas que solicitan la cobertura de seguro”. L.A. Care no divulgará ninguna información personal sin un consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita o exija. Si solicitó cobertura de seguro a través de L.A. Care, puede tener acceso a su información personal recopilada a través del proceso de solicitud.

Ley aplicable

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

Tecnologías nuevas

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

Catástrofes naturales, interrupciones, limitaciones

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

Aceptación del Acuerdo del Suscriptor y Manual para Miembros

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

Indivisibilidad del acuerdo

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

Definiciones

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

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

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

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

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

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

Aparato ortopédico es un dispositivo que se utiliza para soportar, alinear, corregir o mejorar la función de partes corporales móviles, o prevenir problemas en dichas partes.

Área de servicio es el área geográfica en la que L.A. Care tiene licencia para brindar servicios. El área de servicio de L.A. Care es el condado de Los Ángeles. La Isla Catalina está excluida para L.A. Care *Covered*[™].

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

Atención de la salud mental es el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales o emocionales, o de problemas mentales o emocionales asociados con una enfermedad, lesión o cualquier otra condición.

Atención médica/servicios de emergencia son servicios cubiertos médicamente necesarios, que incluyen servicios de ambulancia y de salud mental, que un miembro crea que son necesarios para resolver o aliviar una enfermedad o un síntoma grave, una lesión, un dolor intenso, el trabajo de parto o una condición que requiera diagnóstico y tratamiento inmediato.

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

Beneficios de salud esenciales (**Essential Health Benefits, EHB**) son categorías de servicios de atención médica que deben estar cubiertas por determinados planes y todos los planes estatales de Medicaid a partir de 2014. Los planes de salud deben cubrir estos beneficios para poder estar certificados y ofrecerse en el Intercambio con un contrato con Covered California[™].

Beneficios del plan, beneficios o servicios cubiertos son aquellos servicios, suministros y medicamentos que un Miembro tiene derecho a recibir conforme al QHP para L.A. Care *Covered*[™].

Cancelación de la membresía es cuando usted abandona L.A. Care por algún motivo.

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

Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) son centros de salud que reciben un subsidio de Servicios de Salud Pública (Public Health Services, PHS). Los FQHC se encuentran en zonas donde faltan muchos servicios de atención médica.

Cirugía reconstructiva es la cirugía para corregir anomalías del cuerpo, mejorar funciones corporales o recuperar el aspecto normal de una persona.

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuidado de custodia se trata de cuidados a largo plazo que no requieren enfermería especializada.

Cuidados paliativos son servicios y atención médica proporcionados por un profesional certificado o con licencia, en el hogar o en un establecimiento, para aliviar el dolor y brindar apoyo a las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad terminal.

De naturaleza experimental o de investigación son servicios médicos utilizados en seres humanos en centros de pruebas y estudios clínicos, y que requerirán la autorización especial de agencias gubernamentales como la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Deducible es la suma que usted debe pagar en un año calendario directamente a los proveedores de servicios de atención médica por los servicios de atención médica que su plan de salud cubra, antes de que el plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de salud no pagará por ninguno de los servicios que estén sujetos al deducible, hasta que se haya alcanzado el deducible de \$1,000. La suma del deducible se basa en las tarifas contratadas negociadas por L.A. Care con sus proveedores participantes. El deducible no se aplica a todos los servicios cubiertos.

Deducible integrado hace referencia a la suma combinada que usted debe pagar (directamente a los proveedores de servicios de atención médica) por los servicios de atención médica en un año calendario por dos categorías de servicios distintas, como servicios médicos y de farmacia, antes de que su plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible integrado para servicios médicos y de farmacia es de \$5,000, su plan de salud no pagará por ninguno de los servicios médicos o medicamentos cubiertos que estén sujetos al deducible, hasta que se haya alcanzado el deducible integrado de \$5,000. El deducible integrado no se aplica a todos los servicios cubiertos.

Departamento de Servicios de Salud del Estado (State Department of Health Services, SDHS) es una agencia estatal de California destinada a proteger y mejorar el estado de salud de todos los californianos.

Departamento de Servicios para los Miembros es el departamento de L.A. Care que puede ayudar a los Miembros a resolver sus preguntas e inquietudes.

Dependiente inscrito es un integrante de la familia de una Persona inscrita que cumple con los requisitos de elegibilidad aplicables establecidos por Covered California™ para la cobertura e inscripción en calidad de dependiente.

Derecho de embargo es un reclamo o carga sobre un bien, en virtud del cual un acreedor (una persona a la que se le debe dinero) tiene una garantía por una deuda o cargo que se le adeuda.

Diagnóstico es la decisión en cuanto a la naturaleza de una enfermedad.

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

Dificultades visuales se refiere a cuando la capacidad de ver es reducida

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

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

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

Enfermedad mental grave (Severe Mental Illnesses, SMI) es una enfermedad mental grave y persistente, que puede causar un funcionamiento conductual que interfiere sustancialmente con las principales actividades de la vida diaria, y que puede provocar una incapacidad para mantener un equilibrio estable y un funcionamiento independiente sin tratamiento, apoyo y rehabilitación por un período largo o indefinido. Estas enfermedades mentales incluyen, a modo de ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático y trastornos afectivos importantes u otros trastornos mentales gravemente incapacitantes.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) es un equipo médico, como camas de hospital y sillas de ruedas, que puede utilizarse una y otra vez.

Especialista es un médico con capacitación especializada, que ha sido aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a los Miembros.

Especialista participante es un médico con capacitación especializada, que ha sido aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Estudio clínico es un estudio de investigación relacionado con la prevención, la detección o el tratamiento de una enfermedad o condición que pone en riesgo la vida, incluido un estudio clínico financiado por, entre otros, una entidad de investigación no gubernamental calificada.

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

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

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

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

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

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

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

Grupo de proveedores participantes es un grupo de médicos integrado por su médico o PCP. Vea también el término “Grupo médico”.

Grupo médico es un grupo de médicos integrado por su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP). Vea también el término “Grupo de proveedores participantes”.

Hemodiálisis es la diálisis de sustancias solubles y agua de la sangre mediante la difusión a través de una membrana semipermeable.

Hospital de enfermería es un establecimiento con licencia del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services, DHCS) de California para proporcionar servicios de enfermería especializada.

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

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

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

Infertilidad consiste en una capacidad disminuida o nula de concebir y tener hijos después de tener relaciones sexuales sin protección, en forma regular, durante más de doce meses.

Infertilidad iatrogénica es la infertilidad causada de manera directa o indirecta por una cirugía, quimioterapia, radioterapia u otro tratamiento médico.

Inmunizaciones son vacunas que ayudan al sistema inmunitario a atacar a los organismos que pueden provocar enfermedades. Algunas inmunizaciones se administran en una sola vacuna o dosis oral. Otras requieren varias vacunas durante un período determinado.

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

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

Intérprete es un profesional capacitado que expresa de manera exacta e imparcial en una segunda lengua un mensaje hablado o por señas en cierto idioma, y que se rige por un código de ética profesional.

L.A. Care Health Plan es una entidad pública que opera planes de atención médica administrada, como L.A. Care Covered™, y es dirigida por una Mesa Directiva.

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

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

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

Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) es la ley que estipula el marco, las políticas, las reglamentaciones y las pautas para la implementación de la reforma integral del cuidado de salud a cargo de los estados. La Ley de Cuidado de Salud Asequible expandirá el acceso a la atención médica y a un seguro accesible de alta calidad.

Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 (Título 6) es una ley que protege a los miembros que tienen un conocimiento limitado del idioma inglés y les exige a los proveedores de atención médica que reciben dinero del gobierno federal que ofrezcan servicios de idiomas que incluyan interpretación y traducciones. Para obtener más información, llame a la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Human Rights) al **1.800.368.1019 (voz)** o al **1.800.537.7697 (TTY/TDD, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley que protege sus derechos de recibir un seguro médico y de que se proteja la privacidad de sus expedientes médicos y otra información médica personal.

Límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted pagará durante el Año de beneficios, antes de que su plan de salud comience a pagar el 100% de la suma permitida por los servicios cubiertos. Toda suma que pague por servicios cubiertos sujetos al deducible se aplicará al límite anual de gastos de bolsillo. Los copagos y coseguros que se computan para el límite se detallan en la sección “*Pagos que se computan para el máximo*”.

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

Medicamento necesario/necesidad médica se refiere a todos los servicios cubiertos que son razonables y necesarios para proteger la vida, para prevenir enfermedades o discapacidades, o para aliviar el dolor por medio del diagnóstico o tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

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

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

Médico es un doctor en medicina.

Médico participante es un médico, que además es un médico de atención primaria (PCP) participante o un especialista participante aprobado por L.A. Care para brindar servicios cubiertos a sus Miembros.

Miembro es una persona que está inscrita y efectivizada en L.A. Care Covered™.

Monitor de glucosa continuo es un dispositivo utilizado para monitorear la glucosa en sangre de manera continua usando un electrodo implantado debajo de la piel y sujetado por un adhesivo. Un transmisor unido al electrodo envía los datos a un receptor separado.

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

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

Período de inscripción abierta es un período designado cada año, del 1 de noviembre al 31 de enero del año siguiente, durante el cual las personas aseguradas y sus Dependientes inscritos pueden realizar cambios en la cobertura del seguro médico.

Persona inscrita es una persona inscrita en el QHP individual y familiar, la cual es responsable del pago de las primas a L.A. Care.

Persona prudente sin conocimiento especializado es una persona que no pertenece a una profesión o especialidad en particular, pero que tiene conocimientos o información como para tomar una buena decisión.

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

Poner en peligro la vida es cuando una enfermedad o condición puede poner en peligro la vida de una persona si no se interrumpe el curso de la enfermedad.

Prima es una cuota mensual que una Persona inscrita (Miembro) debe pagarle a L.A. Care por la cobertura médica.

Prima familiar es el pago mensual por familia.

Profesional de la salud calificado es un PCP, especialista u otro proveedor de atención médica con licencia que actúa dentro del ámbito de su profesión. Un profesional de la salud calificado también tiene formación clínica en la enfermedad, padecimiento o condición. La formación clínica incluye capacitación y experiencia, o un alto grado de competencia y conocimientos.

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

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

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

- Médicos
- Hospitales
- Hospitales de enfermería
- Agencias de atención médica en el hogar
- Farmacias
- Compañías de transporte médico
- Laboratorios
- Centros de radiología
- Proveedores de equipo médico duradero
- Otros

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

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

Queja es el término utilizado cuando usted no está satisfecho con el servicio de atención médica recibido o con el hecho de que el plan de salud denegó el servicio o tratamiento solicitado. La queja puede ser administrativa o clínica, y usted puede presentarla por teléfono o por escrito.

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

- Dolor intenso
- Posible muerte o pérdida de una extremidad o de una función principal del cuerpo

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) es una revisión de la decisión de su plan de salud de denegar un determinado servicio o tratamiento solicitado por usted. (La revisión es proporcionada por el Departamento de Atención Médica Administrada [Department of Managed Health Care] y realizada por expertos médicos independientes, y su plan de salud debe pagar por el servicio si una IMR establece que usted lo necesita).

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

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

Servicios cubiertos, beneficios del plan o beneficios son aquellos servicios, suministros y medicamentos que un Miembro tiene derecho a recibir conforme al QHP de L.A. Care para L.A. Care Covered™.

Servicios de atención médica para pacientes hospitalizados son servicios proporcionados a un paciente admitido en un hospital.

Servicios de habilitación son servicios y dispositivos de atención médica médicamente necesarios, que ayudan a una persona a adquirir o mejorar (en forma total o parcial) ciertas capacidades y funciones, y que son necesarios para abordar una condición médica en la mayor medida posible. Estos servicios abordan las habilidades y capacidades necesarias para funcionar en interacción con el entorno de una persona. Algunos ejemplos de servicios de atención médica que no son servicios de habilitación incluyen: atención de relevo, atención diurna, atención recreativa, tratamiento residencial, servicios sociales, cuidado de custodia o servicios de educación de cualquier tipo, como la capacitación vocacional. Los servicios de habilitación se cubrirán bajo los mismos términos y condiciones que se aplican a los servicios de rehabilitación en virtud del contrato del plan.

Servicios de rehabilitación son los servicios utilizados para recuperar la capacidad para funcionar de un modo normal o casi normal después de una enfermedad, padecimiento o lesión.

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

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

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

Solicitante es una persona que solicita la inscripción en L.A. Care Covered™ en su propio nombre. Un solicitante también es una persona que solicita la inscripción en nombre de un hijo del cual es responsable. Los hijos se denominan Dependientes inscritos.

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

Terapia del habla es el tratamiento proporcionado por un profesional con licencia para tratar problemas del habla. Esta definición no pretende limitar, reemplazar ni excluir los servicios proporcionados como parte de un plan de tratamiento para los trastornos de la conducta brindado por un profesional de servicios de autismo calificados o un paraprofesional de servicios de autismo calificados para el tratamiento del trastorno del espectro autista.

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

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

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

Tercero incluye compañías de seguro, personas o agencias gubernamentales.

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

Trastorno de salud mental es una condición de salud mental o un trastorno de consumo de sustancias que entra en cualquiera de las categorías de diagnóstico incluidas en el capítulo de trastornos mentales y conductuales de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o que está incluido en la versión más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales.

Trastorno del espectro autista (Autism Spectrum Disorder, ASD) es un trastorno de la conducta caracterizado por:

- Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos.
- Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.
- Síntomas presentes en las primeras etapas del desarrollo.

- Síntomas que provocan un impacto clínicamente significativo en el aspecto social, ocupacional o en otras áreas del funcionamiento actual.
- Dificultades que no pueden atribuirse a una discapacidad intelectual ni a un retraso global del desarrollo.

Consulte la definición completa de ASD en la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5).

Trastorno emocional grave (Serious Emotional Disturbance, SED) es una condición mental que se produce en pacientes menores de 19 años. Según lo indicado en la edición más reciente del *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales*, los menores con este trastorno tienen problemas graves en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, desempeño escolar, relaciones familiares, o en la capacidad para desenvolverse en la comunidad y cumplir con otros requisitos; y sucede alguna de estas dos situaciones:

- a. el/la niño/a corre riesgo de que se lo retire de su hogar o ya ha sido retirado; o
- b. el trastorno y los problemas mentales han estado presentes durante más de seis meses o es probable que persistan durante más de un año sin tratamiento.

Trastornos de consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD) son trastornos de consumo de sustancias que entran en cualquiera de las categorías de diagnóstico incluidas en el capítulo de trastornos mentales y conductuales de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o que están incluidos en la versión más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales.

Tratamiento médicamente necesario de un trastorno de salud mental o un trastorno de consumo de sustancias significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, o sus síntomas, lo que incluye minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, condición, o sus síntomas, de una manera que cumpla todas las siguientes condiciones:

- (i) Respete las normas generalmente aceptadas para la atención de trastornos de salud mental y trastornos de consumo de sustancias.
- (ii) Sea clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración.
- (iii) No sea principalmente para beneficio económico del plan de servicios de atención médica y los suscriptores, o para la comodidad del paciente, el médico a cargo del tratamiento u otro proveedor de atención médica.

(Consulte la sección 1374.72(a)(3)(A) del Código de Salud y Seguridad de California).

Tratamiento para los trastornos de la conducta se refiere a los servicios profesionales y a los programas de tratamiento recetados por un médico, un cirujano o un psicólogo con licencia y brindados en el marco de un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios de autismo calificados, y administrado por un proveedor, profesional o paraprofesional de servicios de autismo calificados, incluidos los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención en el comportamiento basada en evidencias, que desarrollen o recuperen, en la máxima medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista. El plan de tratamiento deberá tener metas mensurables desarrolladas y aprobadas por el proveedor de servicios de autismo calificados (Qualified Autism Service, QAS), y deberá ser revisado cada seis meses y modificado cuando corresponda. El plan de tratamiento no deberá utilizarse para brindar atención de relevo, atención médica diurna o servicios educativos, ni para reembolsar a un padre por participar en el tratamiento.

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

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



PLAN DE BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS ESENCIALES INDIVIDUALES DE CALIFORNIA DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC) Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

L.A. Care Health Plan es su Plan de Salud Calificado (QHP). L.A. Care organiza su cobertura de **Beneficio dental pediátrico esencial** proporcionada por LIBERTY Dental Plan of California.

Disponibilidad de asistencia de idiomas: Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar los servicios de idiomas, llame al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039. Asegúrese de avisarle a su dentista de atención primaria o dentista especializado sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

Español

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta noticia escrita en su propio idioma sin ningún costo a usted. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039.

En lo sucesivo en este documento, LIBERTY Dental Plan of California, Inc. se denominará "LIBERTY" o "el Plan." L.A. Care Covered, L.A. Care Direct o L.A. Care Health Plan pueden denominarse "L.A. Care."

Este DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos. Una copia del contrato del plan dental está disponible a solicitud.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y DENTALES ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ A SOLICITUD SIN COSTO ALGUNO.

La **Sección I** de este documento contiene una Lista de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de los beneficios de su plan dental.

La **Sección II** de este documento contiene definiciones de los términos utilizados en este documento.

ÍNDICE

I. INFORMACIÓN GENERAL	6
RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES	8
A. CÓMO USAR SU LIBERTY DENTAL PLAN	8
B. CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON LIBERTY	8
C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY	8
D. RED DE LIBERTY	8
E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD)	9
F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN	9
G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE	10
H. PROGRAMACIÓN DE CITAS	10
I. REFERENCIAS ESPECIALIZADAS Y ESTIMACIONES PREVIAS	11
J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA	11
K. ATENCIÓN DE URGENCIA	11
L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY	11
M. COSTOS	12
N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN	12
II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO	12
III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO	16
A. CONSULTORIOS DENTALES	16
B. EDUCACIÓN SOBRE SALUD DENTAL	17
C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES	17
D. TELEODONTOLOGÍA	18
E. ATENCIÓN DE URGENCIA	19
F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA	19
G. SEGUNDA OPINIÓN	21
H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO	21
I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	23
J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	23
IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA	24
A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO	24
B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS	24
C. OTROS CARGOS	24
D. RESPONSABILIDAD DE PAGO	25
E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES	26
V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	27
A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE	27
B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS	27

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- VI. SERVICIOS CUBIERTOS27**
 - A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO 27
 - B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS..... 27
 - C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN 28
 - D. SERVICIOS DE ENDODONCIA 28
 - E. SERVICIOS PERIODONTALES 28
 - F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA 28
 - G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL..... 28
 - H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS..... 28
 - I. SERVICIOS DE ORTODONCIA..... 28
- VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES.....29**
 - A. EXCLUSIONES GENERALES 29
 - B. CITAS PERDIDAS..... 30
- VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.....30**
 - A. CANCELACIÓN DE BENEFICIOS 30
- 6. FECHA EFECTIVA DE LA CANCELACIÓN32**
- 7. DESAFILIACIÓN32**
- 8. RESCISIÓN.....32**
- 9. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA32**
- 10. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES.....34**
 - A. PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL..... 34
 - B. QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS) 35
 - C. SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN..... 37
 - D. MEDIACIÓN 38
 - E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR) 38
 - F. ARBITRAJE 38
- 11. OTRAS DISPOSICIONES40**
 - A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS..... 40
 - B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS 40
 - C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA 40
 - D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES 41
 - E. AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN 42
 - F. DERECHOS DEL MIEMBRO 44
 - G. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO 45
 - H. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS 45
 - I. DONACIÓN DE ÓRGANOS..... 46
 - J. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES 46
- 12. PLAN DE CUMPLIMIENTO46**
 - A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO 46
 - B. DEFINICIONES 47

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

C.	POLÍTICA	47
D.	REPORTE DE POSIBLES FRAUDES	47

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Comunicaciones confidenciales

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios
- Un Aviso de Explicación de Beneficios
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de LIBERTY para cualquiera de los servicios enumerados anteriormente, llame a Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en www.libertydentalplan.com
- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- Por fax al: (877) 831-6019
- Por teléfono al: Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243
- Por TDD/TTY: 877-855-8039

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

I. INFORMACIÓN GENERAL

ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. EL DOCUMENTO COMBINADO DE EOC Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, DEBEN REVISARSE PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES.

Matriz integrada de beneficios dentales pediátricos	
Plan de copago	
(A) Deducibles	Ninguno. Solo plan de cobertura mínima: el deducible del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el deducible de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el deducible integrado, es posible que deba realizar un copago por cada procedimiento, tal como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos. El deducible integrado no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico.
(B) Límites máximo de por vida	Ninguno
(C) Gastos máximos de bolsillo	El gasto máximo de bolsillo del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el gasto máximo de bolsillo de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el gasto máximo de bolsillo integrado, todos los procedimientos dentales cubiertos adicionales serán pagados por LIBERTY. Los cargos por servicios materiales opcionales, no cubiertos o actualizados no se incluyen en el cálculo del gasto máximo de bolsillo integrado. Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el gasto máximo de bolsillo de su Plan para el nivel de metal aplicable seleccionado.
(D) Servicios profesionales	<p>A un Afiliado se le puede requerir que realice un Copago por cada procedimiento, como se muestra en la Descripción de Beneficios y Copagos, sujetos a las Limitaciones y Exclusiones.</p> <p>Los Copagos varían según la categoría del servicio. Estos son algunos ejemplos:</p> <p>Servicios de diagnóstico..... Sin costo</p> <p>Servicios preventivos..... Sin costo</p> <p>Servicios de restauración..... Sin costo - \$310.00</p>

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

	Servicios de endodoncia..... Sin costo - \$365.00 Servicios de periodoncia Sin costo - \$350.00 Servicios de prostodonciaSin costo - \$350.00 Servicios de implantes.....Sin costo - \$350.00 Cirugía oral y maxilofacial.....Sin costo - \$350.00 Servicios de ortodonciaSin costo - \$1,000.00
(E) Servicios ambulatorios	Sin cobertura
(F) Servicios de Hospitalización	Sin cobertura
(G) Cobertura de Emergencia dental	El miembro puede recibir un beneficio máximo de hasta \$75 por año para servicios de emergencia fuera del área.
(H) Servicios de Ambulancia	Sin cobertura
(I) Servicios de Medicamentos recetados	Sin cobertura
(J) Equipo médico duradero	Sin cobertura
(K) Servicios de Salud mental	Sin cobertura
(L) Servicios de dependencia química	Sin cobertura
(M) Servicios de Salud a domicilio	Sin cobertura
(N) Otro	Sin cobertura

Cada categoría y procedimiento dental individual mencionado anteriormente, que está cubierto por el programa, tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios.

Una copia de su Evidencia de Cobertura (EOC) combinada estará disponible anualmente o previa solicitud e incluirá cualquier cambio sobre sus beneficios dentales o las políticas públicas de los afiliados de LIBERTY.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL

Este manual es su Evidencia de Cobertura (EOC). Explica qué servicios LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios, que enumera los servicios dentales, los copagos y otras cuotas. Esta EOC representa los beneficios cubiertos de Children's Dental HMO como parte de su Plan de Salud, según lo dispuesto por L.A. Care. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con nosotros en línea, enviándonos un correo o llamándonos. También puede descargar nuestra aplicación móvil LIBERTY Dental en su Smartphone.

Servicios para Miembros de LIBERTY proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días hábiles normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita 711 de Servicio de Retransmisión de California para comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada.

Información de contacto importante de LIBERTY			
Horario: Lunes a viernes, 8:00 a. m. a 5:00 p. m.	Sitio web: www.libertydentalplan.com	Dirección postal: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110 Santa Ana, CA 92799-6110	Servicios para miembros 1-888-700-5243 TTY: 877-855-8039

C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

LIBERTY tiene un área de servicio que es el estado de California. Esta es el área donde LIBERTY brinda cobertura dental. Debe vivir, trabajar y recibir todos los servicios dentales en California, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda fuera de California, debe informar a LIBERTY. **El Área de Servicio del plan de beneficios dentales de L.A. Care es la Región 14 y 15 de Covered California, en el condado de Los Ángeles.**

D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y dentistas especializados que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios cubiertos a nuestros miembros. Para usar sus beneficios, los servicios cubiertos deben ser realizados por su dentista de atención primaria (PCD) u otros proveedores de la red.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Para obtener una copia de su Directorio de proveedores de LIBERTY, visite nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com, o puede descargar y usar nuestra aplicación móvil en su Smartphone, o llamar a Servicios para Miembros.

Si acude a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de LIBERTY o en caso requiera atención de emergencia/urgencia. Si usted es un miembro nuevo de LIBERTY, o si finaliza el contrato de su PCD, es posible que pueda continuar viendo a su dentista actual. A esto se le llama *continuidad de la atención*.

E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD)

Cuando se une a LIBERTY, no necesita elegir a un Dentista de Atención Primaria (PCD). Generalmente, un PCD es un dentista general que proporciona atención básica y coordina la atención que usted necesita de otros proveedores de especialidades dentales. Usted puede acceder a los servicios de cualquier dentista general contratado en la red.

F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a otros idiomas. Si el inglés no es su lengua materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de algunos materiales escritos en su idioma preferido sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039.

Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx> o llamando al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039.

Asegúrese de informar a su PCD o dentista especializado sobre sus necesidades de idioma preferidas en su primera consulta dental. LIBERTY brinda servicios de asistencia del idioma para todas sus citas dentales. Si su PCD, dentista especializado, o el personal del consultorio dental, no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, LIBERTY puede ofrecerle los servicios de interpretación, sin costo alguno.

LIBERTY pone a su disposición servicios de interpretación certificada sin costo alguno y no recomienda utilizar familiares, menores o amigos para que lo ayuden. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible a la hora de su cita, pero no menos de setenta y dos (72) horas desde la hora de su cita. Si tiene una cita de atención de emergencia/urgencia, LIBERTY puede brindarle servicios de interpretación por teléfono para ayudarlo a hablar con el personal del consultorio en su idioma preferido.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE

Primero, llame a su PCD para recibir toda su atención, a menos que tenga una emergencia médica. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un dentista especializado que no sea su PCD. La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. Su dentista y LIBERTY siguen pautas, criterios y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria para su salud. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si un servicio es médicamente necesario para su salud, puede solicitar una reconsideración (una apelación), presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

Los servicios dentales cubiertos también se denominan beneficios y deben ser un servicio que LIBERTY cubra. Su Lista de Beneficios le mostrará qué servicios cubre LIBERTY bajo su plan dental. Su Lista de Beneficios está disponible en cualquier momento en el sitio web de L.A. Care en www.lacare.org o a través de nuestra aplicación móvil para su Smartphone, o previa solicitud a nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

H. PROGRAMACIÓN DE CITAS

La ley de California establece que usted tiene derecho a programar una cita dentro de un tiempo razonable según sus necesidades bucales. La siguiente tabla le muestra el tiempo de espera por cada tipo de cita para tratar su condición bucal. Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039 para obtener ayuda.

Tipo de cita	Condición/Tipo de Servicios	Tiempo de espera de la cita
Atención de emergencia	Dolor intenso, hinchazón, sangrado	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Atención de urgencia	Empaste roto/corona perdida	72 horas
Examen	inicial, radiografías	36 días hábiles
Atención de rutina (No es una emergencia)	Cuidados de restauración (empastes/coronas)	36 días hábiles
Atención preventiva	Limpiezas	40 días hábiles
Dentista especializado	Cirujano oral, endodoncista, etc.	30 días calendario
Tiempo de espera en el consultorio	Solo citas programadas	No exceder los 30 minutos
Tiempo de espera por teléfono	Para contestar llamadas entrantes	Dentro de los 30 segundos
Tiempo de espera para devolución de llamada	Devolución de llamadas de correos de voz	Dentro de los 30 minutos

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

I. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y ESTIMACIONES PREVIAS

Su PCD debe enviar una solicitud de derivación especializada a LIBERTY para obtener una aprobación previa si necesita los servicios de un dentista especializado. La aprobación previa también se llama estimación previa. Asegúrese de que su PCD envíe una derivación especializada a LIBERTY y obtenga una aprobación previa. Una vez que reciba la aprobación para la consulta con el dentista especializado, este enviará un presupuesto previo para cualquier servicio que considere necesario. Si no tiene una derivación especializada aprobada por LIBERTY antes de ver a un dentista especializado, tendrá que pagar todos los costos de los servicios que reciba.

IMPORTANTE: No necesita una derivación especializada ni una aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Una afección se considera una emergencia si tiene dolor intenso, hinchazón o sangrado. Una afección también se considera una emergencia, si tiene motivos razonables para pensar que su condición, sin tratamiento, podría causar que su salud o su cuerpo estén en grave peligro o provocar la muerte.

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Si necesita atención de emergencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY determina que los servicios no eran de naturaleza dental. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

K. ATENCIÓN DE URGENCIA:

Atención de urgencia es la atención necesaria para evitar que una afección bucal empeore debido a una enfermedad o lesión inesperada; esta no puede demorarse.

La Atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo y la cita debe programarse dentro de las 72 horas. Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCD, incluidas las condiciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del área de servicio de LIBERTY.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

M. COSTOS

- La prima es lo que usted paga a su Plan de Salud Calificado (QHP) para mantener la cobertura. Las primas se pagan a L.A. Care.
- Un copago es el monto que debe pagar a su PCD o a un dentista especializado por un procedimiento dental cubierto. LIBERTY paga por el resto de ese servicio cubierto.
- Su plan tiene un gasto máximo de bolsillo anual. El gasto máximo de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos o coseguros para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.
- Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el gasto máximo de bolsillo de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.
- Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el gasto máximo de bolsillo.
- Para verificar su gasto máximo de bolsillo, visite nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com, descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone o llame a Servicios para Miembros de LIBERTY, gratis al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039.

N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de quejas formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con el Plan, sus beneficios dentales, una determinación de reclamo, una determinación de estimación previa, su PCD, dentista especializado o cualquier parte de los beneficios de su plan dental.

Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja formal, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California. En algunos casos, el Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada puede ayudarlo a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no son parte de su plan dental.

II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO

Es importante que sepa las siguientes palabras utilizadas en este documento:

- **Apelación:** Una solicitud hecha a LIBERTY por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del Plan que demore, modifique o deniegue una estimación previa o un reclamo de servicios dentales.
- **Aplicable:** Tener un efecto sobre alguien o algo
- **Autorización:** Un aviso por escrito por parte de LIBERTY donde se apruebe la continuación del tratamiento solicitado.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Beneficios:** Servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por LIBERTY que están disponibles a través de este plan dental. También conocido como beneficios del plan dental.
- **Plan de Beneficios:** El producto dental de LIBERTY que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de la cobertura de su plan dental de LIBERTY.
- **Capitación:** Los prepagos realizados por LIBERTY a un dentista general de la red para proporcionar servicios a los miembros asignados.
- **Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios dentales propuestos o completados.
- **Consultas:** Una reunión con un dentista especializado para determinar la atención y un plan de tratamiento, según sea necesario.
- **Grupo dental, consultorio dental o proveedor contratado:** Un centro dental, un dentista general, un dentista especializado y el personal de un consultorio dental que tienen un contrato firmado con LIBERTY para brindar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y los criterios clínicos del Plan. También conocido como dentro de la red.
- **Copago:** El monto que figura en la Lista de Beneficios que se le cobra a un miembro en el momento del servicio por los beneficios cubiertos del plan dental.
- **Servicios cubiertos:** El conjunto de procedimientos dentales que son beneficios de su plan dental de LIBERTY.
- **Expedientes Dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que esté inscrito activamente en LIBERTY. También se le denomina afiliado, miembro o suscriptor.
- **Servicio Dental Disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada, ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada. También se le denomina queja formal o apelación.
- **Pareja doméstica:** Cualquier persona cuya unión doméstica está actualmente registrada con un organismo gubernamental de conformidad con las leyes estatales o locales. Esto incluye tanto a parejas del mismo sexo como a parejas de sexos opuestos.
- **Atención de emergencia:** Una prueba, examen o evaluación dental por parte de un proveedor de LIBERTY para determinar si existe una condición dental de emergencia, y para brindar atención a fin de tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de las capacidades del consultorio y conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente.
- **Condición dental de emergencia:** Una condición dental que, si no se trata de inmediato, podría esperarse de manera razonable que cause un riesgo para la salud de la persona, ya sea dolor intenso o que afecte la habilidad para funcionar.
- **Endodoncista:** Un dentista especializado que trata específicamente enfermedades y lesiones en la pulpa y la raíz del diente. También se le denomina especialista en conductos radiculares.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Inscrito:** LIBERTY considera que un afiliado significa lo mismo que un miembro, dependiente o suscriptor que está inscrito activamente en el Plan.
- **Beneficio Esencial de Salud (EHB):** Un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico y dental deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los planes deben incluir cobertura dental para niños. Los beneficios dentales para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar según los requisitos estatales.
- **Beneficio Dental Pediátrico Esencial (EPDB):** Se refiere a los planes exigidos por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.
- **Exclusión:** Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental que no esté disponible en su plan dental de LIBERTY.
- **Explicación de Beneficios (EOB):** Una declaración por escrito de LIBERTY sobre un reclamo, que muestre lo que estaba cubierto por su plan dental, lo que pagó el Plan y lo que usted debe pagar.
- **Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un dentista especializado. También se le denomina dentista de atención primaria.
- **Queja formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas Formales de esta EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos.
- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de LIBERTY.
- **Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la Red:** Los beneficios dentales disponibles para usted cuando recibe servicios de un dentista general o dentista especializado contratado por LIBERTY.
- **Limitaciones:** Se refiere al número de servicios permitidos, tipo de servicio permitido o el servicio dentalmente apropiado más asequible.
- **Necesidad médica o médicamente necesario:** Servicios cubiertos que son necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, encías y estructuras de soporte y que se (a) se brindan de acuerdo con las prácticas o estándares reconocidos profesionalmente; (b) determinado para ser consistente con la condición dental; y (c) son el tipo, suministro y nivel de servicio más apropiado considerando los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos alternativos.
- **Miembro:** LIBERTY considera que un miembro significa lo mismo que un afiliado, suscriptor o dependiente que está inscrito activamente en LIBERTY.
- **Dentista general de la red:** Un dentista que ha firmado un contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a sus miembros, según las pautas y criterios de LIBERTY.
- **Proveedor no contratado:** Un dentista general o dentista especializado que no tenga contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a los miembros. También se le denomina proveedor fuera de la red.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Servicio no cubierto:** Un procedimiento o servicio dental que no está cubierto bajo su plan dental.
- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cirugía oral:** Un dentista especializado que trata enfermedades, lesiones, deformidades, y apariencia de la boca, mandíbula y rostro.
- **Ortodoncista:** Un dentista especializado que trata problemas relacionados con la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del área de servicio de LIBERTY o lejos de su PCD. También se le denomina cobertura fuera de la red.
- **Atención de urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del área de servicio o lejos de su PCD. También se le denomina atención de urgencia fuera de la red.
- **Gasto máximo de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año.
- **Dentista pediátrico:** Un dentista especializado que trata niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, brindando atención primaria y una variedad completa de tratamiento de atención preventiva.
- **Periodoncista:** Un dentista especializado que trata enfermedades de las encías y tejido alrededor de los dientes.
- **Plan:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc., también conocido como “LIBERTY”.
- **Estimación previa:** Una solicitud realizada por un proveedor de LIBERTY para aprobar los servicios antes de que se realicen. También se le denomina aprobación previa.
- **Prima:** La cantidad de dinero que usted o su empleador/grupo deben pagar mensualmente a LIBERTY por cobertura dental.
- **Dentista de atención primaria (PCD):** Un dentista general que proporciona servicios a los miembros de LIBERTY. El dentista de atención primaria es responsable de brindar o coordinar la atención especializada para los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista de atención primaria contratado, un grupo dental, una clínica dental o un dentista especializado que brinda beneficios y servicios del plan dental a los miembros de LIBERTY.
- **Derivación:** Una solicitud de su dentista de atención primaria para que lo remita a un dentista especializado para una evaluación y servicios según sea necesario.
- **Área de Servicio:** Los condados de California donde LIBERTY ofrece cobertura.
- **Lista de Beneficios:** Un documento que describe el tipo de procedimientos dentales cubiertos por su plan dental de LIBERTY, incluidos los copagos, los deducibles, los gastos máximos de bolsillo, las exclusiones y las limitaciones.
- **Dentista especializado:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana, y que ejerce como especialista. Las especialidades dentales incluyen endodoncistas, cirujanos orales, periodoncistas y dentistas pediátricos.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Suscriptor:** LIBERTY considera que un suscriptor significa lo mismo que un afiliado, miembro o dependiente que está inscrito activamente en LIBERTY.
- **Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o tratamiento solicitado.
- **Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un proveedor que ya no tiene contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a miembros del Plan.
- **Atención de urgencia:** La atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cuotas habituales:** Un cargo habitual del proveedor por un servicio, no cubierto por los beneficios de su plan dental.

III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO

LIBERTY tiene contratos con dentistas generales y dentistas especializados para proporcionar servicios cubiertos por su plan. Para encontrar un dentista en su área, puede visitar nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com, descargar la aplicación móvil LIBERTY en su Smartphone, o llamarnos de manera gratuita al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039.

Todos los servicios y beneficios descritos en esta Evidencia de Cobertura (EOC) están cubiertos solo si los proporciona un dentista de atención primaria (PCD) o un dentista especializado contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se define bajo **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención de Urgencia.”**

A. CONSULTORIOS DENTALES

LIBERTY pone a su disposición PCD y dentistas especializados en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo. Puede encontrar un dentista en su área visitando nuestro sitio web, www.libertydentalplan.com, descargando la aplicación móvil en su Smartphone, o llamándonos de manera gratuita al **1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039**.

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY que trabajan de manera privada en sus propios consultorios deben cumplir con los criterios de acreditación de LIBERTY antes de unirse a nuestra red. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasaron por una evaluación previa y pasan revisiones con regularidad.

LIBERTY realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua de contratos para confirmar el cumplimiento de la educación

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

continua, la disponibilidad de citas para los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su PCD le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo derivaciones a un dentista especializado, si es necesario. Todos los miembros tendrán un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL

Para obtener más información sobre cómo usar sus beneficios dentales, visite el sitio web www.libertydentalplan.com. El sitio web contiene más información útil sobre salud dental y oral para ayudarlo, incluida las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca saludables. Es importante saber que el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto en su salud general total. La información sobre cómo su salud oral puede afectar sus condiciones generales de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo, salud antes y después del embarazo, así como otras condiciones de salud, se puede encontrar en nuestro sitio web.

C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES

- 1. Dentista de atención primaria (PCD): No tiene que elegir un PCD asignado. Puede acceder a la atención con cualquier PCD dentro de la red. Su PCD es responsable de coordinar cualquier servicio dental de atención especializada que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su PCD. Su PCD compartirá información con cualquier dentista especializado para coordinar su atención general.**

Puede ubicar un proveedor contratado por LIBERTY ingresando en línea a nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com, o descargar nuestra aplicación móvil en su Smartphone, o llamar a Servicios para Miembros. Una vez que haya localizado a un proveedor contratado por LIBERTY, puede llamar al consultorio para programar una cita. El PCD se comunicará con LIBERTY para verificar su elegibilidad.

- 2. Cambio de PCD: Puede solicitar cambiar su PCD en cualquier momento. Puede usar nuestra aplicación dental móvil para encontrar un dentista y solicitar un cambio de consultorio. Llame a nuestro Servicio para Miembros de manera gratuita al (888) 700-5243/TTY: 1-877-855-8039, durante el horario normal de oficina, o envíe una solicitud de cambio por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799- 6110.**

Si solicita cambiar su PCD, su nuevo consultorio dental puede entrar en vigencia el primer (1^{er}) día del mes en curso. Hay algunos consultorios dentales que requieren que los cambios de consultorios se realicen el primer (1^{er}) día del mes siguiente. Puede comunicarse con el consultorio del nuevo PCD para preguntar sobre su procedimiento o comunicarse con Servicios para Miembros.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

3. Atención de un dentista especializado: Puede obtener atención de un dentista especializado después de que su PCD envíe una derivación a LIBERTY para su aprobación. Solo puede recibir servicios de un dentista especializado que haya sido aprobado previamente para usted por LIBERTY. Su dentista especializado enviará una estimación previa de los servicios a LIBERTY para su revisión y determinación de los beneficios.

- Todos los servicios y beneficios descritos en esta EOC están cubiertos solo si los proporciona un PCD o dentista especializado contratado por LIBERTY. Los servicios recibidos por un proveedor no contratado no están cubiertos. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia o urgencia, tal como se define bajo **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención Dental de Urgencia.”**

D. TELEODONTOLOGÍA

La teleodontología es un servicio dental virtual, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, como una solución alternativa para ayudarlo a controlar su salud dental, especialmente cuando usted y su PCD no pueden estar en la misma ubicación física. Los proveedores están disponibles por teléfono y computadora desde cualquier lugar para atender necesidades dentales de emergencia y urgencia. LIBERTY cubre los servicios de teleodontología para ayudar a mejorar el acceso y la continuidad de la atención dental para nuestros miembros. No hay diferencia en su cobertura dental para la teleodontología. Los mismos beneficios están disponibles para teleodontología como para las consultas presenciales.

Su proveedor puede determinar a través de una consulta si tiene un problema dental de emergencia y puede brindarle instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Si tiene un diente agrietado o astillado, una lesión en los tejidos blandos (bulto en las encías), una pequeña caries, dolor en la mandíbula o una afección similar que no sea de emergencia, una consulta de teleodontología por teléfono o video puede serle útil. Si necesita tratamiento urgente, debe programarlo para una consulta presencial.

Puede programar una cita con su consultorio dental, por teléfono o en línea para discutir los servicios dentales regulares, los problemas dentales y las instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, póngase en contacto con el número gratuito de LIBERTY para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si se requiere una consulta presencial, el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY se encarga de coordinar las consultas dentales de emergencia sin costo alguno.

Si está experimentando una emergencia médica potencialmente mortal, comuníquese de inmediato con el 911.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

E. ATENCIÓN DE URGENCIA

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar.

LIBERTY proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso, sangrado, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de este. Si se encuentra fuera del área de servicio de LIBERTY, llame al Plan para su derivación a otro dentista contratado que pueda tratar su condición de urgencia.

Para la atención de urgencia después del horario de oficina y fuera del área de servicio de LIBERTY, puede encontrar un proveedor que pueda ayudarlo con su condición de urgencia. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año.

Seguirá siendo responsable de sus copagos según lo determine el diseño de su plan dental. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de atención de urgencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas.

En caso de que LIBERTY determine que su tratamiento no se debió a una afección dental de urgencia, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para el reembolso.

F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA

- **Atención dental de emergencia**, como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista general o dentista especializado para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

La atención dental de emergencia es un beneficio permitido, según su Lista de Beneficios. LIBERTY proporcionará beneficios para servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. LIBERTY no cubrirá los servicios que se determine que no eran de naturaleza dental.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Todos los consultorios PCD contratados por LIBERTY proporcionan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas al día, los siete (7) días a la semana. LIBERTY brinda cobertura para servicios dentales de emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar daños graves de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La Atención de emergencia puede incluir, entre otros, el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de atención primaria, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después del horario de oficina o los fines de semana, comuníquese con su PCD para recibir instrucciones sobre qué hacer. Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio de LIBERTY y no puede comunicarse con el Plan para obtener ayuda para ubicar otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia.

LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año. Será responsable de sus copagos según lo determinen los beneficios de su plan dental.

Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales de emergencia, preferentemente dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para reembolso.

Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “**Atención Dental de Emergencia**”, LIBERTY cubrirá hasta setenta y cinco dólares (\$75). Si usted paga una factura por atención dental de emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración de los servicios/factura. También puede encontrar una copia del formulario de reclamo dental en nuestro sitio web en:

<https://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ADA%20Claim%20Form.pdf>

Asegúrese de que la declaración o las facturas sean claramente legibles y envíelas a LIBERTY con la siguiente información:

- Nombre completo y número de identificación del suscriptor

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Nombre y número de identificación de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia
- Nombre, dirección y número de teléfono del dentista que brindó los servicios dentales de emergencia
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de servicio dental de emergencia

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es denegada, usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) por escrito dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción del reclamo por parte de LIBERTY, que incluye:

- La razón de los servicios denegados
- Referencia a las condiciones EOC aplicables, o las pautas y criterios clínicos de LIBERTY, en los que se basa la denegación.
- Información sobre cómo solicitar una reconsideración de la denegación o presentar una queja formal, y una explicación de los procedimientos de quejas formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES.

G. SEGUNDA OPINIÓN

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando al número gratuito de Servicios para Miembros (888) 700-5243/TTY: 1-877-855-8039 o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario estándar de derivación a una especialidad, junto con las radiografías y la documentación correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores de haber recibido la solicitud, o dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

En cuanto sea aprobada, LIBERTY hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante sobre sus preocupaciones. Luego se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre segundas opiniones dentales.

H. DERIVACIÓN A UN DENTISTA ESPECIALIZADO

En caso de que necesite ser atendido por un dentista especializado, LIBERTY requiere que su PCD presente una derivación especializada para su aprobación. LIBERTY procesará la solicitud de derivación especializada estándar, que no sea de

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

emergencia, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción.

1. SOLICITUDES DE EMERGENCIA

Si usted o su PCD se encuentran en una condición de emergencia en la que el plazo normal para el proceso de toma de decisiones, como se describe anteriormente, sería perjudicial para su vida o su salud, lo que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, se puede pedir una solicitud de derivación de emergencia o una estimación previa.

La respuesta de LIBERTY a la solicitud de emergencia no demorará más de setenta y dos (72) horas desde el momento en que se recibe toda la información necesaria para tomar una decisión.

La decisión de aprobar, modificar o denegar será comunicada al PCD dentro de las veinticuatro (24) horas de la decisión. En casos donde la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión se le comunicará a usted por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

2. SOLICITUDES PENDIENTES

Hay momentos en que LIBERTY requiere información adicional de su PCD para procesar la solicitud de una derivación especializada. Cuando se necesite información adicional, LIBERTY les enviará a usted y a su PCD una carta explicando por qué la solicitud de derivación especializada quedó pendiente, la información adicional que se necesita y cuándo se necesita para tomar una decisión.

Las derivaciones especializadas pueden quedar pendientes hasta por catorce (14) días calendario, si no se recibe la información necesaria, LIBERTY lo hará según la documentación proporcionada por el PCD, los beneficios de su plan dental y las pautas y criterios del Plan.

3. CONSULTAS AL DENTISTA ESPECIALIZADO

Una vez que complete la primera visita con el dentista especializado, llamada consulta, se le proporcionará un plan de tratamiento que incluye los procedimientos recomendados para tratar su afección, si los servicios están cubiertos o no, y el monto que pagará por los servicios.

- Su dentista especializado debe enviar una estimación previa a LIBERTY para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la idoneidad, excepto para los servicios dentales de emergencia (consulte **“Atención dental de emergencia”** y **“Servicios de atención de urgencia”** descritos anteriormente).
- Será financieramente responsable de los copagos y deducibles enumerados para los servicios cubiertos. Si elige que se completen los servicios que LIBERTY denegó en función de la necesidad médica, o cualquier servicio no cubierto o electivo, será

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

financieramente responsable de la cuota habitual del dentista especializado.

NOTA IMPORTANTE: Los servicios especializados y los planes de tratamiento aprobados previamente por LIBERTY, solo están disponibles con los dentistas especializados que solicitaron los servicios. Los servicios especializados y los planes de tratamiento no son transferibles de un dentista especializado a otro, a menos que ambos estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.

I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No se requiere una aprobación previa para recibir servicios dentales de su PCD. Su PCD tiene la capacidad de tomar la mayoría de las determinaciones de cobertura. Los planes de tratamiento para determinar sus beneficios dentales se completan a través de exámenes orales integrales, que están cubiertos por su plan.

Su PCD es responsable de comunicar los resultados del examen oral completo y brindarle un plan de tratamiento que incluya sus beneficios disponibles y los costos asociados.

Su dentista especializado debe utilizar el proceso descrito anteriormente en **“Derivación a un dentista especializado.”**

Usted, su PCD o dentista especializado pueden llamar a la línea gratuita de Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243/TTY: Llame al 1-877-855-8039 para obtener información sobre la aprobación previa de las políticas de servicios del Plan o el estado de una derivación o estimación previa.

Si no está satisfecho con la decisión de LIBERTY de retrasar, modificar o denegar los servicios solicitados en una derivación especializada y/o estimación previa, tiene derecho a solicitar una reconsideración. Consulte la sección PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES en esta EOC para obtener más información sobre cómo solicitar una reconsideración.

J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

1. Miembros actuales: Los miembros actuales de LIBERTY tienen derecho a completar la atención de ciertas afecciones dentales graves y recurrentes con su proveedor, que ya no tiene contrato con LIBERTY (proveedor cancelado). Llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039 para ver si es elegible para este beneficio.

Usted debe hacer una solicitud específica para continuar bajo cuidado con el proveedor terminado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

acuerdo con el proveedor terminado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de LIBERTY, sin costo alguno.

- 2. Miembros nuevos:** Un nuevo miembro de LIBERTY tiene derecho a completar la atención para ciertas afecciones dentales graves y recurrentes especificadas con su proveedor, que no tiene contrato con LIBERTY (proveedor fuera de la red). Llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039 para ver si es elegible para este beneficio.

Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual fuera de la red. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de Continuidad de Atención de LIBERTY, sin costo alguno.

IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA

A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO

Las Primas se deben pagar a su QHP antes del mes de cobertura. A su vez, L.A. Care debe proporcionar las primas a LIBERTY para establecer y continuar con su cobertura. Las primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

Su prima y los términos de pago, incluyendo la dirección postal para los pagos, son determinadas por su Plan de Salud Calificado.

B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

L.A. Care o LIBERTY pueden cambiar los beneficios cubiertos, los copagos y las tarifas de las primas L.A. Care o LIBERTY no reducirán los beneficios cubiertos ni aumentarán las tarifas de las primas durante el plazo del acuerdo sin avisarle al menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

C. OTROS CARGOS

Usted es responsable de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Usted será responsable de otros cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta EOC.

Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o dentista especializado. Para evitar malentendidos financieros, asegúrese de que su PCD o dentista especializado le proporcione un plan de tratamiento por escrito de todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Si recibe servicios sin una estimación previa requerida y aprobada de LIBERTY, que no sean servicios de atención de emergencia o de urgencia médicamente necesarios, usted será responsable del pago total de la cuota habitual del PCD o del dentista especializado.

IMPORTANTE: Usted será responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, cargos por citas canceladas o perdidas. Usted y su PCD o dentista especializado acuerdan mutuamente los cargos, de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones realizadas por el proveedor tratante. LIBERTY no tiene jurisdicción sobre las políticas internas del consultorio o los acuerdos comerciales mutuamente acordados entre usted y su PCD o dentista especializado.

Su plan tiene un gasto máximo de bolsillo anual. El gasto máximo de bolsillo anual es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros o deducibles para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.

Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el gasto máximo de bolsillo de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el gasto máximo de bolsillo.

Para verificar su gasto máximo de bolsillo, puede visitar el sitio web de L.A. Care en **www.lacarecovered.org** o llamar a Servicios para Miembros de L.A. Care al **1-855-270-2327 (número gratuito)**. Después de haber alcanzado el gasto máximo de bolsillo anual, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios dentales para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto brindado por su PCD dental contratado, un dentista especializado o proveedor dental autorizado.

D. RESPONSABILIDAD DE PAGO

Usted es responsable del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones del diseño de su plan.

Usted es responsable de pagar la cuota habitual del PCD o dentista especializado en las siguientes situaciones:

- Servicios no cubiertos y opcionales
- Servicios completados con un consultorio, PCD o dentista especializado no contratados
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una estimación previa de LIBERTY

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Servicios completados fuera del área de servicio de LIBERTY, que se determina que no califican como servicios de atención de emergencia o urgencia. Esto puede incluir tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia.

Los servicios de emergencia están disponibles fuera de la red o sin estimación previa en algunas situaciones, consulte las secciones **“Atención Dental de Emergencia”** o **“Atención dental de urgencia”** descritas anteriormente.

IMPORTANTE:

- Antes de que le proporcionen servicios no cubiertos, su PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo estimado. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243/ TTY: 1-877-855-8039.
- Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039 o a su administrador de beneficios para comprender completamente su cobertura, debe revisar cuidadosamente este documento EOC.
- En caso de que el padre, madre o tutor legal de un niño reciba una orden judicial para inscribir a un niño en este plan dental, LIBERTY proporcionará los beneficios descritos en esta EOC dentro de los requisitos aplicables de la orden judicial. Cualquier reclamo pagadero en virtud de esta EOC se pagará, a discreción de LIBERTY, al padre, madre o tutor legal del niño, por cualquier gasto pagado de su bolsillo.

E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES

LIBERTY ofrece múltiples formas de pagar a nuestros PCD y dentistas especializados contratados por los servicios cubiertos. Esto incluye capitación, pago por servicio y recargos suplementarios. Los pagos cambian según el área geográfica, el dentista general, el dentista especializado y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Usted no será responsable financieramente por ningún dinero adeudado a algún PCD o dentista especializado contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un proveedor no contratado, usted será responsable del costo de los servicios que recibió.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE

Usted y sus dependientes inscritos que sean elegibles deben vivir o trabajar en el área de servicio de LIBERTY.

Puede inscribir a:

- Hijos dependientes hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.
- Nuevos hijos dependientes adoptados por usted, hijastros y recién nacidos hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.

B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS

Su plan dental es proporcionado por su QHP y se coordina a través de LIBERTY. Si LIBERTY recibe el pago y su formulario de inscripción completado a más tardar el vigésimo (20) día del mes, es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha de vigencia de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los beneficios, copagos, gastos de bolsillo, exclusiones y limitaciones, así como cualquier tratamiento no cubierto.

VI. SERVICIOS CUBIERTOS

Usted está cubierto para los siguientes servicios y procedimientos dentales cuando sean médicamente necesarios para su salud dental y de acuerdo con los estándares de la práctica dental profesional. Los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas para cada categoría y para todos los servicios.

Consulte su Lista de Beneficios para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan de LIBERTY Dental.

A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y ayudar a determinar qué tratamiento se necesita. Los servicios dentales de diagnóstico incluyen exámenes orales y radiografías.

B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar que su condición dental empeore. Los servicios preventivos incluyen limpiezas y algunos servicios periodontales.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable. Los servicios de restauración incluyen empastes y coronas.

D. SERVICIOS DE ENDODONCIA

Los servicios dentales de endodoncia incluyen el tratamiento de la pulpa, los conductos radiculares y las raíces. Los servicios de endodoncia incluyen procedimientos de conducto radicular.

E. SERVICIOS PERIODONTALES

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostienen los dientes. Los servicios periodontales incluyen raspado y alisado radicular (limpieza profunda).

F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato y el mantenimiento de los mismos. Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas parciales y completas removibles o puentes fijos.

G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL

La cirugía oral implica procedimientos quirúrgicos en sus dientes, la boca, las encías o la mandíbula. Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos.

H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS

Los servicios dentales complementarios generalmente se refieren a cualquier tratamiento o servicio que se brinde como parte de otro servicio cubierto. Los servicios dentales complementarios incluyen anestesia (sueño profundo o medicamento para adormecer) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos.

I. SERVICIOS ORTODÓNTICOS

Los servicios dentales de ortodoncia implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Los servicios dentales de ortodoncia incluyen frenillos y retenedores. Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles cuando son médicamente necesarios, tal como se describe en su Lista de Beneficios.

VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES

Consulte su Lista de Beneficios para ver las limitaciones de los procedimientos cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan. Otras exclusiones se enumeran en su Lista completa de Beneficios junto con este documento al inicio de su plan dental, y están disponibles a pedido, sin costo alguno.

A. EXCLUSIONES GENERALES

LIBERTY no cubrirá:

- Los servicios que recibe de un PCD o dentista especializado que no tiene contrato con LIBERTY, a menos que tenga una aprobación previa de LIBERTY, o que necesite atención de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio de LIBERTY.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental que no sea médicamente necesario, según lo determine LIBERTY, de acuerdo con los estándares de práctica dental profesionalmente reconocidos.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental que no figure específicamente como un beneficio cubierto por su plan dental. Consulte su Lista de Beneficios para obtener una lista completa de las exclusiones.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental con fines estéticos o para condiciones que son el resultado de defectos hereditarios del desarrollo.
 - Cualquier procedimiento, servicio o aparato dental proporcionado por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
 - Los servicios que le haya ordenado un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY.
 - El costo de copiar sus registros dentales con su PCD o dentista especializado
 - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a su PCD, dentista especializado o recibir atención dental.
 - Otras exclusiones se enumeran en su Lista completa de Beneficios junto con este documento al inicio su plan, y también están disponibles por separado cuando lo solicite.
-
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no están cubiertos bajo este plan, un PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este Plan, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 700-5243/TTY: 1-877-855-8039 o hable con su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC y su Lista de Beneficios.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

B. CITAS PERDIDAS

LIBERTY recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su PCD o dentista especializado, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible, pero a más tardar setenta y dos (72) horas antes de su cita. Esto permitirá al PCD o dentista especializado programar a otra persona que necesite atención. Los consultorios dentales pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

A. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS

1. Cancelación por pérdida de elegibilidad

Este es un plan EPDB y los beneficios terminarán una vez que los miembros alcancen el límite de edad para la cobertura, diecinueve (19) años, tal como se establece en este documento.

Su cobertura del plan dental de LIBERTY puede ser terminada por su cobertura del Plan de Salud Calificado (QHP). Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su QHP al menos treinta (30) días calendario antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará al mismo tiempo.

La cobertura de su plan dental de LIBERTY, incluida la cobertura para sus dependientes, también puede terminar si:

- Usted ya no vive ni trabaja en el área de servicio de LIBERTY o si LIBERTY ya no ofrece su plan dental.

2. Cancelación debido a la falta de pago de la prima

- Si su QHP no paga la prima, LIBERTY enviará un aviso a su QHP para informar que la prima está vencida.
- Si las primas no se pagan de conformidad con el acuerdo de su QHP, la cobertura de su plan dental de LIBERTY finalizará a la medianoche del último día del período de gracia de treinta (30) días calendario, sujeto a la presentación de los requisitos de notificación exigidos por LIBERTY. Los miembros reciben un período de gracia de al menos treinta (30) días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el "Aviso de inicio del período de gracia."
- La cobertura continuará bajo el contrato del Plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

3. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación

- Si la cobertura de su plan dental finaliza mientras el contrato entre usted y LIBERTY está vigente, su PCD o dentista especializado debe completar cualquier procedimiento en curso que se haya iniciado antes de que termine su cobertura, de conformidad con los términos y condiciones del Plan.
- Si la cobertura de su plan dental finaliza con LIBERTY después del inicio del tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de los cargos de cualquier tratamiento de ortodoncia restante.

4. Terminación por fraude

- El fraude no está permitido por la ley federal. La cobertura de su plan dental terminará inmediatamente con LIBERTY, si planea, comete o permite a sabiendas que alguien cometa fraude o engaño.
- Ejemplos de fraude:
 - Usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación para completar los servicios bajo este plan.
 - Tergiversa a usted mismo o a sus dependientes al proporcionar información "sustancial" incompleta o incorrecta a LIBERTY, o a su proveedor dental, que podría afectar la inscripción o el uso de los beneficios del plan dental.
 - Intencionalmente engaña a LIBERTY o tergiversa su información, o permite que alguien más lo haga, con el fin de obtener servicios de atención dental.

En casos de sospecha de fraude, recibirá una carta por correo certificado al menos treinta (30) días antes de la fecha de terminación. La carta incluirá el motivo de la terminación planificada y sus derechos de apelación. Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindiré o no renovaré, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de LIBERTY.

5. Terminación debido al estado de salud

- LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará a LIBERTY. Dentro de los quince (15) días calendario de la fecha en que recibimos dicho aviso, LIBERTY solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- LIBERTY será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación.
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con limitaciones auditivas o del habla. El sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada es www.dmhca.gov.

6. FECHA EFECTIVA DE LA CANCELACIÓN

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en el que la cobertura finaliza inmediatamente después de la notificación.

7. DESAFILIACIÓN

Puede cancelar su inscripción en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con Covered California o su Plan de Salud Calificado por teléfono o por escrito.

La cancelación de la inscripción es efectiva en la fecha especificada o catorce (14) días calendario después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo.

8. RESCISIÓN

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta no existiera. LIBERTY solo puede rescindir su cobertura en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindirá o no renovará, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de LIBERTY. Excepto por lo dispuesto por ley, LIBERTY no puede rescindir su cobertura después de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de emisión de la cobertura dental.

9. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA

Consulte su EOC de L.A. Care para obtener información sobre la renovación y reincorporación de cobertura.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será cancelada de manera incorrecta, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante L.A. Care y/o el Departamento de Atención Médica Administrada.

Opción (1): Presentar una queja formal ante L.A. Care

Puede enviar una queja formal a L.A. Care de cualquiera de las siguientes formas:

- En línea en www.lacarecovered.org y preséntela de manera electrónica
- Por fax al 213-438-5748
- Llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-270-2327, TTY 711
- Envíe su queja formal por escrito a: L.A. Care Health Plan, Member Services Department, 1055 W. 7th Street, 10th Floor, Los Angeles, CA 90017

Es posible que desee presentar su queja formal ante L.A. Care primero si considera que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse tan pronto como sea posible después de recibir la “Notificación de Cancelación, Rescisión o No Renovación.”

Resolveremos su queja formal o le proporcionaremos un estado pendiente dentro de los tres (3) días calendario posteriores a su recepción. Si no recibe una respuesta de L.A. Care dentro de tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de cualquier manera con la respuesta de L.A. Care, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada, tal como se detalla a continuación en la Opción 2.

Opción (2): Presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada.

Puede presentar una queja formal directamente al Departamento de Atención Médica Administrada sin antes enviarla a L.A. Care o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada en línea en: www.dmhc.ca.gov
- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada enviándola por escrito a:

Centro de ayuda
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, California 95814-2725

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:
Teléfono: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
Fax: 1-916-255-5241

10. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Si no está satisfecho con su PCD, dentista especializado, personal o instalaciones del consultorio dental, derivación especializada, estimación previa, reclamo, cualquier parte de su atención dental, LIBERTY o L.A. Care, tiene derecho a presentar una queja formal. Una queja formal es lo mismo que una queja. No será discriminado de ninguna manera por parte de L.A. Care, LIBERTY, su PCD o su dentista especializado por presentar una queja formal.

A. PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Puede presentar su queja formal mediante un formulario de queja formal de L.A. Care. L.A. Care no requiere que use un formulario de queja formal; investigaremos una queja formal presentada en cualquier formato. Los formularios de quejas formales están disponibles en cualquiera de los siguientes:

- Del consultorio de su PCD o dentista especializado
- En este documento EOC bajo el Anexo 2 "FORMULARIOS"
- En nuestro sitio web lacare.org
- Llamando a Servicios para Miembros al (888) 700-5243 o TTY: (877) 855-8039

Puede enviar su queja formal y documentos adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de L.A. Care en www.lacare.org
- Por correo a: L.A. Care, Member Services Department, 1055 W. 7th Street, 10th Floor, Los Angeles, CA 90017
- Por fax al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 213-438-5748
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 855-270-2327
- Por TDD/TTY: 711

Puede solicitar la ayuda de un "defensor del paciente" para presentar una queja formal. Para quejas formales que involucren a menores, dependientes o miembros discapacitados que estén incapacitados, padres, tutores, curadores, parientes u otras personas designadas con la autoridad para actuar en nombre del miembro, puede presentar una queja formal ante L.A. Care. L.A. Care solicitará la prueba escrita de la tutela activa, cuando sea necesario.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Los asuntos urgentes se pueden enviar al Departamento de Atención Médica Administrada, consulte Quejas formales y apelaciones urgentes a continuación.

Si su inglés es limitado, tiene problemas de comunicación visual o de otro tipo, L.A Care lo ayudará a presentar una queja formal. La asistencia incluye la traducción de procedimientos de queja formal, formularios y respuestas. L.A Care también brinda acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades para comunicarse.

Tiene ciento ochenta (180) días calendario después de cualquier incidente o acción que sea motivo de su insatisfacción para presentar una queja formal ante L.A. Care. Los representantes de L.A. Care revisarán el problema con usted y tomarán las medidas adecuadas para una resolución rápida. Recibirá una carta de acuse de recibo confirmando la recepción de su queja formal dentro de los cinco (5) días calendario. Las quejas formales estándar serán resueltas dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito: En algunos casos, el Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care puede ayudar a resolver quejas formales recibidas por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción, pero a más tardar al cierre del siguiente día hábil.

Las quejas formales resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros, dentro del plazo mencionado anteriormente, no requieren un reconocimiento o respuesta por escrito. Las siguientes categorías no pueden ser resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros y deben abordarse a través del proceso estándar de quejas formales: disputas de cobertura, apelaciones, tratamiento experimental o de investigación, condiciones o procedimientos insalubres en el consultorio, discriminación potencial y calidad del tratamiento completado.

B. QUEJAS FORMALES Y APELACIONES URGENTES (ACELERADAS)

Puede solicitar una revisión urgente o acelerada de su queja formal o apelación cuando considere que podría estar ante una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida o una función física importante. Un dentista con licencia revisará su solicitud para determinar si cumple con los criterios de revisión acelerada. Luego de la revisión y determinación de que su caso califica para una revisión acelerada, L.A. Care resolverá su queja formal o apelación dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la recepción, o antes, según la condición.

Si su situación cumple con la definición de urgente según la ley, la revisión de su queja formal o apelación por parte de L.A. Care se realizará lo antes posible. Por lo general,

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

una situación urgente es una situación en la que su salud puede estar en grave peligro o, según la opinión de su médico, usted puede sentir dolor severo que no se puede controlar adecuadamente mientras espera una decisión sobre la revisión externa de su reclamo. Si considera que su situación es urgente, puede solicitar una revisión externa inmediata poniéndose en contacto con Servicios para Miembros de L.A. Care al 855-270-2327/TTY: 711.

Declaración requerida por el estado de California: “El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, debe llamar primero a su plan de salud al **(1-855-270-2327)/TTY: 711** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no fue resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja formal que sigue sin resolverse después de más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También es posible que tenga derecho a una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuestos, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con impedimentos de audición o del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.”

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DEPARTAMENTO) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

El Departamento de Atención Médica Administrada ha establecido un número de teléfono gratuito **(888-466- 2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para que usted lo use en caso de tener una queja en contra de L.A. Care, LIBERTY, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo las Leyes de California y reglas relacionadas. Excepto en los casos de situaciones dentales de emergencia, tal como se describe a continuación, primero debe presentar su queja formal ante L.A. Care. Si no está satisfecho con el resultado de su queja formal o no recibe una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días calendario, puede ponerse en contacto con el Departamento de Atención Médica Administrada para que presente una queja contra L.A. Care.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Tenga en cuenta que: Las quejas del Departamento de Atención Médica Administrada solo se pueden presentar una vez que haya agotado sus derechos de queja formal ante L.A. Care. Sin embargo, usted puede presentar inmediatamente una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada sin tener que presentar primero una queja formal ante L.A. Care en caso de una situación dental de emergencia.

C. SU DERECHO A PRESENTAR UNA APELACIÓN:

Resoluciones y respuestas de apelaciones: Una apelación es una solicitud, por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada, para revisar una acción de L.A. Care que haya retrasado, modificado o denegado servicios, en su totalidad o en parte. Las respuestas de apelación por escrito para los servicios denegados por necesidad médica, un beneficio no cubierto u otro criterio, incluirán un lenguaje claro y sencillo, el motivo, los criterios y las políticas dentales para nuestra decisión junto con la disposición aplicable y los números de página de su EOC.

Si no está satisfecho con la determinación de L.A. Care, tiene hasta ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha indicada en el aviso de determinación para presentar una apelación. Una apelación le permite presentar información adicional que sea relevante para su reclamo o estimación previa, y solicitar que L.A. Care la revise.

Usted puede incluir documentos, registros u otra información escrita con su apelación. También puede solicitar, sin cargo alguno, copias de todos los documentos, registros y otra información de L.A. Care que sea relevante para su reclamo. L.A. Care revisará la información que presente y reconsiderará su reclamo o estimación previa. Como parte de su apelación, puede solicitar a L.A. Care el nombre de cualquier experto médico u otra persona a la que L.A. Care haya pedido consejo mientras reconsideraba su reclamo o estimación previa.

Puede enviar su apelación y materiales adicionales para su consideración a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de L.A. Care en www.lacare.org
- Por correo a: L.A. Care, Member Services Department, 1055 W. 7th Street, 10th Floor, Los Angeles, CA 90017
- Por fax al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 213-438-5748
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 855-270-2327
- Por TDD/TTY: 711

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

D. MEDIACIÓN

También puede solicitar una mediación voluntaria con L.A Care antes de ejercer su derecho de presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada. El uso de la mediación no descarta su derecho de presentar una queja formal al Departamento de Atención Médica Administrada después de finalizar la mediación. Con el fin de iniciar la mediación, usted o su agente debe aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y L.A. Care

E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

Los casos denegados por L.A Care, por servicios cubiertos que no son médicamente necesarios, tratamientos experimentales o de investigación, o disputas de pago por servicios de emergencia, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada.

La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos. Se incluirá un formulario IMR con su carta de resolución de apelación si su apelación fue denegada debido a necesidad médica, tratamiento experimental o de investigación, o si se trata de una disputa de pago por servicios de emergencia. También puede obtener una copia del formulario IMR de cualquiera de las siguientes maneras:

- En línea: En el sitio web de L.A. Care en www.lacare.org
- Por correo a: L.A. Care, Member Services Department, 1055 W. 7th Street, 10th Floor, Los Angeles, CA 90017
- Por fax al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 213-438-5748
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de L.A. Care al 855-270-2327
- Por TDD/TTY: 711

También puede solicitar los formularios del Departamento de Atención Médica Administrada. Puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada llamando al 1-888-466-2219, TDD/TTY: 1- 877-688-9891 o visitando su sitio web en: www.dmhc.ca.gov. Puede leer más sobre el proceso de IMR, en la **Declaración requerida de California** que se detalla en la página anterior.

F. ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas formales de L.A. Care, y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al proceso de arbitraje vinculante para su resolución. Usted o uno de sus dependientes elegibles puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada para su revisión y resolución antes de cualquier arbitraje.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Como condición de su membresía en L.A Care, las disputas que surjan de su participación como miembro de L.A Care o se relacionen con ella, incluida la responsabilidad contractual o médica o la mala praxis (por ejemplo, si los servicios cubiertos prestados fueron innecesarios o no autorizados, o si se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) se resolverán mediante arbitraje vinculante.

Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

El arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las reglas comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje (AAA) vigentes al momento de ocurrir la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

El arbitraje será conducido por un árbitro mutuamente aceptable seleccionado por las partes, o si las partes no pueden llegar a un acuerdo, por el proceso de selección de árbitros establecido por la AAA.

Puede iniciar el arbitraje enviando una solicitud de arbitraje por escrito a L.A Care.

- Enviar por correo a:
L.A. Care
Attn.: Arbitration Request
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

La solicitud por escrito debe incluir una declaración clara que describa la naturaleza de la disputa, los intentos de resolver la disputa con L.A Care, la compensación o el remedio buscado y el monto en dólares involucrado. El arbitraje tendrá lugar en California, a menos que las partes acuerden mutuamente otro lugar.

Al árbitro se le requiere que siga las leyes estatales y federales correspondientes. El árbitro puede interpretar los términos de esta EOC, pero no tendrá el poder para cambiarla, modificarla o rechazar la aplicación de cualquiera de sus términos, y el árbitro tampoco tendrá la autoridad de adjudicar cualquier compensación que no estaría disponible en un tribunal. El árbitro tendrá el poder de otorgar todos los recursos legales y equitativos y otorgar daños compensatorios previstos por la ley de California, excepto que no se otorgarán daños punitivos. Al concluir el arbitraje, el árbitro emitirá una declaración y adjudicación por escrito de acuerdo a las conclusiones de hecho y derecho. La adjudicación será final y vinculante para todas las partes excepto hasta donde lo dispongan las leyes estatales y federales para la revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Debe pagar las cuotas de su propio abogado, en caso de que elija tener uno. L.A Care tendrá que pagar las cuotas de su propio abogado. Si no puede pagar su parte de las cuotas y gastos del árbitro debido a dificultades extremas, puede solicitar a L.A Care por escrito que asuma la totalidad o una parte de las cuotas que le corresponde. Con dicha notificación por escrito, L.A Care puede enviar su solicitud a una organización profesional independiente de resolución de disputas para determinar si L.A Care debe pagar una parte o la totalidad de su parte de las cuotas y gastos del árbitro. Dichas solicitudes deben presentarse a la dirección indicada anteriormente.

El arbitraje debe iniciarse dentro de un (1) año a partir de la fecha en que surgió, se descubrió o debería haberse descubierto la disputa con diligencia razonable, lo que suceda primero; en caso contrario, se tendrá por renunciada y prescrita para siempre.

11. OTRAS DISPOSICIONES

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como miembro de L.A. Care, siempre recibirá sus beneficios. L.A. Care no considera que su plan sea secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Tiene derecho a recibir los beneficios que se enumeran en este documento EOC a pesar de cualquier cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluye en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Si se considera que los servicios, que de otro modo están cubiertos en virtud de este Plan de Grupo, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de LIBERTY para ser reembolsado por estos servicios.

C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA

LIBERTY tiene un grupo que se llama Comité de Política Pública. Este grupo está compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El grupo analiza las políticas de LIBERTY y es responsable de:

- Recomendar maneras de servir mejor a nuestros miembros
- Revisar las métricas de calidad para asegurar la satisfacción de los miembros
- Sugerir mejoras a los programas de LIBERTY
- Revisar informes financieros de LIBERTY.

Unirse a este grupo es voluntario y se le pagará por cada reunión a la que asista. Si desea participar en el Comité de Políticas Públicas de LIBERTY, llámenos o envíenos un correo electrónico o puede completar la Solicitud del Comité de Políticas Públicas incluida en el Anexo 2 "FORMULARIOS" y devolverla a LIBERTY, con la información que

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

se detalla a continuación.

- Enviar por correo a:
LIBERTY Dental Plan of California
Public Policy Committee (QM Department)
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
- Por teléfono: (888) 700-5243 o TTY (888) 855-8039
- Por fax a: (888) 334-6027
- Envíe correo electrónico a: QM@libertydentalplan.com

D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro
- Un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios
- Un Aviso de Explicación de Beneficios
- La solicitud de un plan para información adicional con respecto a un reclamo
- Un aviso de un reclamo impugnado
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de LIBERTY para cualquiera de los servicios enumerados, llame a Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: En el sitio web de LIBERTY en www.libertydentalplan.com
- Descargue nuestra aplicación móvil en su Smartphone

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Por correo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax al: (949) 270-0101
- Por teléfono al: Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 700-5243
- Por TDD/TTY: (877) 855-8039

E. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

- La discriminación es ilegal. LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales. LIBERTY no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

LIBERTY brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al (888) 700-5243. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (877) 855-8039.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si usted considera que L.A. Care no ha brindado alguno de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante L.A. Care. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame a L.A. Care, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al 855-270-2327. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 711.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
L.A. Care
Chief Compliance Officer
1055 W. 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 900017
- **En persona:** Visite el consultorio de su médico o L.A. Care y diga que desea presentar una queja formal.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de L.A. Care en www.lacare.org.
- **Correo electrónico:** civilrightscoordinator@lacare.org

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de servicios de atención de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete el formulario de queja o envíe una carta a:
Michele Villados
Subdirectora, Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Servicios de Atención Médica
Oficina de Derechos Civiles
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
- Puede obtener formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**
- Si no puede hablar o escuchar bien, llame a **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- Puede obtener formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

F. DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos.
- Poder elegir un PCD dentro de la red de LIBERTY.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Expresar sus quejas formales, verbalmente o por escrito, sobre LIBERTY o cualquier parte de su atención.
- Recibir coordinación para los cuidados.
- Solicitar una apelación de decisiones respecto a denegar, retrasar o modificar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación oral en su idioma hablado principal.
- A formular directivas anticipadas.
- Desafiliarse a solicitud.
- Acceder a los servicios de consentimiento de menores.
- Recibir materiales escritos informativos para el miembro en formatos alternativos (como Braille, impresión de tamaño grande y formato de audio) a solicitud y de manera oportuna, según sea el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes de California.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas, presentada de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión.
- Tener acceso y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos, de acuerdo con las leyes federales.
- Libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trata LIBERTY, sus proveedores o el Estado.

G. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Pagar su prima de cobertura a tiempo
- Identificarse ante su PCD seleccionado como miembro de LIBERTY
- Tratar al PCD, personal del consultorio y personal de LIBERTY con respeto y cortesía
- Mantener sus citas programadas o comunicarse con el consultorio dental, con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación, para cancelar una cita
- Cooperar con el PCD en seguir el curso del tratamiento recetado
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio
- Notificar a su PCD sobre sus necesidades personales del idioma
- Notificar a L.A Care sobre los cambios en el estado de su familia
- Estar al tanto y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental
- Completar el tratamiento con su PCD asignado
- Cumplir con las normas del consultorio dental sobre la atención y conducta
- Seguir el proceso de derivación para atención especializada
- Brindarle a su PCD, a su leal saber y entender, la información correcta sobre su salud física y dental
- Informar a su PCD si tiene cambios repentinos en su salud física y dental
- Informar a su PCD o dentista especializado que entiende el plan de tratamiento y lo que se requiere de usted
- Seguir con el plan de tratamiento que usted entendió y acordó con su PCD o dentista especializado
- Sus propias acciones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir el plan de tratamiento, las instrucciones y los consejos de su PCD o dentista especializado
- Comprender sus beneficios dentales, incluido lo que está y no está cubierto según el diseño de su plan.

H. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamos directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Los servicios prestados por un dentista especializado se reportan a LIBERTY por medio del mismo dentista especializado. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario de oficina o fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a LIBERTY para recibir el reembolso (“**Reembolso para servicios dentales de emergencia**”).

I. DONACIÓN DE ÓRGANOS

- El Departamento de Atención Médica Administrada requiere a LIBERTY que le informe que usted tiene a su disposición opciones para donar órganos. La donación de órganos tiene muchos beneficios para la sociedad, y quizás desee considerar esta opción en caso que alguna situación de salud se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net/>

J. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES

Es política de LIBERTY que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura. Los servicios solo pueden ser denegados por necesidad médica, por un dentista debidamente autorizado y calificado, que trabaje dentro de los criterios y pautas clínicas escritas de LIBERTY. Las necesidades individuales de los miembros, así como las características del sistema de entrega local, deben tenerse plenamente en cuenta durante el proceso de revisión. LIBERTY no recompensa a nuestros revisores dentales por emitir denegaciones de cobertura, atención ni proporciona incentivos que fomenten barreras a la atención/servicios o decisiones que resulten en una infrautilización.

El personal del Departamento de Gestión de Utilización de LIBERTY firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

12. PLAN DE CUMPLIMIENTO

A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO

- LIBERTY Dental Plan se dedica a garantizar que cumple con todas las leyes, normas, reglamentos y procedimientos federales y estatales aplicables, incluidos los requisitos del mercado de seguros de salud, de manera oportuna y eficaz. Se espera que todos los miembros, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores y miembros de la Junta Directiva de LIBERTY cumplan con estos diversos requisitos legales.

Por estas razones, LIBERTY ha desarrollado e instituido un Plan de Cumplimiento Corporativo. El Plan de Cumplimiento Corporativo está diseñado para garantizar que LIBERTY cumpla con todas las obligaciones legales y contractuales de manera justa, precisa y consistente.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

El Plan de Cumplimiento Corporativo no solo aborda el fraude, el desperdicio y el abuso de la atención médica, sino también los requisitos y obligaciones establecidos por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), el empleo, los informantes y las leyes de seguros.

Las políticas y procedimientos de LIBERTY para preservar la confidencialidad de los registros médicos y dentales están disponibles a pedido.

B. DEFINICIONES

- **Fraude:** incluye, pero no se limita a, “hacer a sabiendas o hacer que se realice cualquier reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica.” El fraude también incluye el fraude o la tergiversación por parte de un miembro con respecto a la cobertura de personas y el fraude o el engaño en el uso de los servicios o instalaciones de LIBERTY o el hecho de permitir deliberadamente dicho fraude o engaño por parte de otra persona.
- **Despilfarro:** significa el gasto irreflexivo o descuidado, el consumo, la mala gestión, el uso o el derroche de recursos. El despilfarro también incluye incurrir en costos innecesarios debido a prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.
- **Abuso:** significa el uso excesivo o inadecuado de algo, o el uso de algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso; la destrucción intencional, desviación, manipulación, mala aplicación, maltrato o mal uso de los recursos; o uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

C. POLÍTICA

La política de LIBERTY es revisar e investigar todas las acusaciones de fraude, despilfarro y abuso, ya sea interno o externo, tomar medidas correctivas para cualquier alegación respaldada e informar una conducta indebida confirmada a las partes apropiadas, tanto internas como externas.

D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

LIBERTY ha establecido una línea telefónica exclusiva para reportar fraudes: (888) 704-9833/ TTY: (877) 855-8039. La línea telefónica para reportar fraudes ofrece la oportunidad de reportar de manera anónima y confidencial las sospechas razonables y de buena fe sobre fraudes o preocupaciones. Esta línea telefónica es monitoreada por un miembro designado del Comité de Cumplimiento Corporativo de LIBERTY.

Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de control de calidad de LIBERTY para realizar una investigación exhaustiva.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Línea directa de cumplimiento corporativo de LIBERTY: (888) 704-9833/TTY (877) 855-8039
- Correo electrónico de la Unidad de Cumplimiento de LIBERTY: compliance@libertydentalplan.com
- Línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: (888) 704-9833
- Correo electrónico de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: SIU@libertydentalplan.com

El Presidente del Comité y el Director de Cumplimiento, en conjunto con el Asesor Jurídico, determinan si LIBERTY tomará alguna medida adicional, que pueden incluir, entre otros:

- El suministro de información, con fines educativos, al proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta
- Buscar el reembolso del proveedor participante de cualquier monto pagado por LIBERTY en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre LIBERTY y el proveedor participante
- Reportar el asunto a un organismo gubernamental apropiado, incluyendo, entre otros, la Junta Estatal de Examinadores Dentales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110,
Santa Ana, CA 92799-6110
(888) 700-5243



Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

**Anexo 1:
LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS**

La Lista de Beneficios específica de su plan se brinda en un documento separado.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Anexo 2: FORMULARIOS

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

50

*EOC-Individual L.A. Care Embedded EHB
Revisado 08/2022*

**Anexo 3:
PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO
Y CARGOS**

El Plan de Salud de L.A. Care establece las primas y las cuotas.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-700-5243/TTY: 1-877-855-8039, LIBERTY atiende de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de relevo de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Números de teléfono importantes

Programas y servicios para niños

Acceso para Bebés y Madres	1-800-433-2611
Servicios para los Niños de California	1-800-288-4584
Programa de Salud y Prevención de la Discapacidad Infantil	1-800-993-CHDP (1-800-993-2437)

Covered California™

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

Servicios para personas

Información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades	1-800-514-0301
Servicio de Retransmisión de California (TTY/TDD) para usuarios con dificultades auditivas	1-800-735-2929
Servicio de Retransmisión de California (TTY/TDD) para usuarios con dificultades auditivas	711

Servicios de L.A. Care Health Plan

Servicios del plan de salud 1-888-4LA-CARE	1-888-452-2273
Inscripción de L.A. Care Covered™	1-855-222-4239
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™	1-855-270-2327
Servicios para los Miembros de L.A. Care Covered™ , línea TTY	711
Autorizaciones	1-877-431-2273
Línea directa de Carelon Behavioral Health	1-877-344-2858
Línea directa TTY/TDD de Carelon Behavioral Health	1-800-735-2929
Línea de Ayuda de Cumplimiento	1-800-400-4889
Línea de Enfermería	1-800-249-3619
Farmacia	1-855-270-2327
Plan de la vista (VSP)	1-800-877-7195
Plan de la vista (VSP), línea TTY/TDD	1-800-428-4833
Liberty Dental	1-888-700-5243
Liberty Dental (TTY/TDD)	1-877-855-8039

Servicios del condado de Los Ángeles

Departamento de Servicios de Salud Pública	1-213-250-8055
Departamento de Salud Mental	1-800-854-7771
Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños	1-888-942-9675

Servicios del estado de California

Departamento de Servicios de Salud del estado de California 1-916-445-4171
Departamento de Atención Médica Administrada..... 1-888-466-2219
Departamento de Servicios Sociales Públicos..... 1-877-481-1044
Medi-Cal..... 1-877-481-1044
Programa de Ingreso Social Suplementario 1-800-772-1213



L.A. Care
*Covered*TM



COVERED
CALIFORNIA



Línea gratuita: **1.855.270.2327** | TTY: **711**



lacare.org