

ALAMEDA ALLIANCE FOR HEALTH

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

Manual para miembros | 2026



**Alliance
Wellness**

H2035_25_02453_D-SNP_MBR_C Approved 08272025

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su salud y cobertura de medicamentos bajo Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

Alameda Alliance Wellness ofrece beneficios cubiertos por Medi-Cal y Medicare.

Introducción al *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros*, también conocido como *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Este le explica los servicios de atención médica, los servicios del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual para miembros*.

Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando este *Manual para miembros* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Alameda Alliance Wellness.

Este documento está disponible de forma gratuita en español, chino, vietnamita, tagalo y parsi.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

- Puede solicitar que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama solicitud permanente. Para obtener este documento en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios al Miembro guardará su idioma y formato preferidos en el archivo para futuras comunicaciones. Para hacer cualquier actualización sobre sus preferencias, comuníquese con Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness.

Aprobación de la OMB 0938-1444 (vence el 30 de junio de 2026)

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma y ayudas y servicios auxiliares

ATTENTION: If you need help in your language, call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

1.888.882.3767 ب فاتصل، بلغتك المساعدة إلى احتجت إذا: الانتباه يُرجى للأشخاص والخدمات المساعدات أيضًا تتوفر. (TTY: 1.800.735.2929) ب اتصل. الكبير والخط بريل بطريقة المكتوبة المستندات مثل، الإعاقة ذوي مجانية الخدمات هذه. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。另外还提供针对
残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也
是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY:
1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP
(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，请拨打
1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

1.888.882.3767 با، کنید دریافت کمک خود زبان به خواهیم اگر: توجه
افراد مخصوص خدمات و ها کمک بگیرد تماس (TTY: 1.800.735.2929)
موجود نیز، بزرگ حروف با چاپ و بریل خط های نسخه مانند، معلولیت دارای
این. بگیرد تماس (TTY: 1.800.735.2929) 1.888.882.3767 با. است
شوند می ارائه رایگان خدمات

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY:

1.800.735.2929)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1.888.882.3767 (TTY:

1.800.735.2929)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로

문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로

문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).

Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Otros idiomas

Puede solicitar este *Manual para miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. Alameda Alliance Wellness proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). La llamada es gratuita. Lea este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los servicios de asistencia con el idioma para la atención médica, como servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede solicitar esta información de forma gratuita, y de manera oportuna, en otros formatos, como en braille, impreso en letra grande de 20 puntos, audio y formatos

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



electrónicos accesibles (CD de datos). Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

Alameda Alliance Wellness ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, de un intérprete calificado, las 24 horas, sin costo para usted. No es necesario que recurra a un familiar o amigo como intérprete. No aconsejamos el uso de menores de edad como intérpretes a menos que sea una emergencia. Tiene a su disposición servicios de interpretación, lingüísticos y culturales de forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para obtener este manual en un idioma diferente, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). La llamada es gratuita.

Índice

Chapter 1. Getting started as a member	13
Chapter 2: Important phone numbers and resources	25
Chapter 3: Using our plan's coverage for your health care and other covered services.....	48
Chapter 4: Benefits chart.	76
Chapter 5: Getting your outpatient drugs D.	139
Chapter 6: What you pay for your Medicare and Medi-Cal drugs.	160
Chapter 7: Asking us to pay our share of a bill you received for covered services or drugs. ...	174

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Chapter 8: Your rights and responsibilities.	182
Chapter 9: What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints).....	194
Chapter 10: Ending your membership in our plan.	242
Chapter 11: Legal notices.....	253
Chapter 12: Definitions of important words	258

Exenciones de responsabilidad

- ❖ Alameda Alliance Wellness es un plan HMO D-SNP con contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Estado de California (Medi-Cal). La inscripción en Alameda Alliance Wellness depende de la renovación del contrato.
- ❖ La cobertura de Alameda Alliance Wellness es una cobertura de salud calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de protección al paciente y de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ Los beneficios y/o copagos pueden cambiar el 1.º de enero de 2027.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, y su membresía en él. También le informamos qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Welcome to our plan	15
B. Information about Medicare and Medi-Cal	15
B1. Medicare	15
B2. Medi-Cal	15
C. Advantages of our plan	16
D. Our plan's service area	17
E. What makes you eligible to be a plan member	17

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

F. What to expect when you first join our health plan.....	18
G. Your care team and care plan	19
G1. Care team.....	19
G2. Care plan.....	20
H. Summary of important costs for Alameda Alliance Wellness	20
H1. Medicare Prescription Payment Amount	21
I. This <i>Member Handbook</i>	21
J. Other important information you get from us	21
J1. Your Member ID Card.....	21
J2. <i>Provider and Pharmacy Directory</i>	22
J3. <i>List of Covered Drugs</i>	24
J4. The <i>Explanation of Benefits</i>	24
K. Keeping your membership record up to date	24
K1. Privacy of personal health information (PHI)	25

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Alameda Alliance for Health (Alliance) es un plan de salud de atención administrada local, público y sin fines de lucro que está comprometido a hacer que los servicios de atención médica de alta calidad sean accesibles y asequibles para los residentes del Condado de Alameda. Alliance se estableció en 1996 y se creó por y para los residentes del Condado de Alameda. La Junta de Administración, el personal de liderazgo y la red de proveedores de Alliance reflejan la diversidad cultural y lingüística del condado. Alliance brinda cobertura de atención médica a más de 415,000 residentes del Condado de Alameda.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años o más;
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. El estado administra Medi-Cal y el estado y el gobierno federal lo financian. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos;
- quién es elegible;

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo ejecutar sus programas, siempre y cuando cumplan las reglas federales.

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- nosotros elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga nada adicional por unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor juntos para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Puede trabajar con nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención que le ayuda a formarse. Su equipo de atención puede incluirle a usted mismo, a su cuidador, médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- Su equipo de atención y su coordinador de atención trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

salud. El equipo de atención ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura que:

- Sus médicos conocen todos los medicamentos que usted toma para poder asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener debido a ellos.
- Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

Nuevos miembros de Alameda Alliance Wellness: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en Alameda Alliance Wellness para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a cuando solicite ser inscrito en Alameda Alliance Wellness. Aun así, puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal mediante Alameda Alliance Wellness. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Por favor llámenos al número que aparece en la parte inferior de la página si tiene alguna pregunta.

D. El área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: Condado de Alameda.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran que estén viviendo en el área de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella),
y
- tenga 21 años o más al momento de la inscripción, **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente presente en los Estados Unidos, **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde la elegibilidad para Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de (3) meses, aún es elegible para nuestro plan.

Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

F. Qué esperar cuando se une por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha efectiva de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud del comportamiento y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir utilizando los médicos que utiliza actualmente durante un período de tiempo determinado, incluso si no están en nuestra red. A esto lo llamamos continuidad de la atención. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicio actuales al momento de inscribirse por hasta 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicita que le permitamos seguir utilizando su proveedor actual.
- Establecemos que usted tenía una relación existente con un proveedor de atención primaria o especializada, con algunas excepciones. Cuando decimos “relación existente”, significa que usted consultó a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Determinamos una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que usted nos proporciona.
- Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede solicitarnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede realizar esta solicitud llamando al **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1.800.735.2929**. Si corre riesgo de sufrir daños, debemos responder dentro de 3 días.
- Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Nota: puede realizar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME y un proveedor de la red entregue el alquiler. Aunque no puede realizar esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, puede realizar una solicitud de servicios de transporte u otros servicios auxiliares no incluidos en nuestro plan.

Una vez finalizado el período de continuidad de la atención, deberá utilizar médicos y otros proveedores de la red de Alameda Alliance Wellness que estén dentro de la red, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un grupo médico o una Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA) es una organización formada bajo la ley de California que contrata planes de salud para brindar o coordinar la prestación de servicios de atención médica a los afiliados al plan de salud. Un grupo médico o IPA es una asociación de médicos de atención primaria y especialistas creada para proporcionarle servicios de cuidado de la salud coordinados. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre cómo obtener información.

G. Su equipo de atención y su plan de atención

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. Obtendrá un coordinador de atención cuando se inscriba en nuestro plan. Esta persona también lo conecta a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no ofrecer y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención y su equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de atención. Un plan de atención le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Este incluye sus servicios médicos, de salud del comportamiento y LTSS u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica;
- un cronograma para obtener los servicios que necesita;
- sus preferencias personales de atención médica;
- descripción de los servicios especialmente adaptados a sus necesidades;
- la función del equipo interdisciplinario de atención (Interdisciplinary Care Team, ICT);
- su función, la función de su representante autorizado y/o la función de su cuidador;
- identificación de las barreras para alcanzar sus objetivos;
- desarrollo de cronogramas de seguimiento y comunicación, y
- evaluación del progreso en relación con los planes y objetivos, y modificaciones según sea necesario.

Su equipo de atención se reunirá con usted después de su HRA. Ellos le preguntarán sobre los servicios que necesita. También le informarán sobre servicios que tal vez quiera considerar obtenerlos. Su plan de atención se crea en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes para Alameda Alliance Wellness

Nuestro plan no tiene una prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (**Sección H1**)

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

H1. Monto del pago de los medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una cuenta de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar a la farmacia). Su cuenta mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por el monto de meses restantes en el año.

El capítulo 2 brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Este *Manual para miembros*

Este *Manual para miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual para miembros* llamando a Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Manual para miembros* que se encuentra en nuestro sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

J. Otra información importante que recibirá de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud del comportamiento y medicamentos recetados. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. A continuación se muestra un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



MEMBER ID CARD	  		MEMBER ID CARD
	Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)		
	Member Name:	RxBIN: RxBIN#	
	First Name Last Name	RxPCN: RxPCN#	
	Member ID: Member ID	RxGRP: RxGRP#	
	Case Management Phone:	RxID: RxID#	
	1.888.882.3767		
	PCP Group/Name: PCP/Group Name		
	PCP Phone: PCP Phone		
	MEMBER CANNOT BE CHARGED		
COPAYS: PCP/Specialist \$0 ER \$0			
H2035-001			
FOR MEMBERS www.alamedaalliance.org Member Services: 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) Behavioral Health, Vision, Dental, Hearing: 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) Nurse Advice Line: 1.888.433.1876 (TTY: 711) Transportation: 1.866.791.4158 (TTY: 1.800.735.2929) FOR PROVIDERS For member eligibility and medical prior authorization (PA)/referrals: 1.510.747.4510 Medical Claims: Alameda Alliance Wellness, PO Box 2460, Alameda, CA 94501-0460 Pharmacy Member Services: 1.844.411.0579 Pharmacy Help Desk and Clinical Assistance PA: 1.833.793.3767 Submit Part D Claims to: Attn: Alameda Alliance Wellness, PerformRx, PO Box 516, Essington, PA 19029			

Si su tarjeta de identificación de miembro está dañada, se ha perdido o se la han robado, llame inmediatamente a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para obtener la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted puede recibir una cuenta. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* para saber qué hacer si recibe una cuenta de un proveedor.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para acceder a los siguientes servicios:

- Servicios dentales de Medi-Cal
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare
- Trastornos por consumo de sustancias
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS), si corresponde

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y farmacias de la red de nuestro plan. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar a los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en forma electrónica o impresa) llamando a Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Las solicitudes de copias impresas de los Directorios de proveedores y farmacias se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en la dirección web que aparece en la parte inferior de la página.

Este directorio enumera a profesionales de atención médica (como médicos, enfermeras profesionales con práctica médica y psicólogos), instalaciones (como hospitales o clínicas), farmacias y proveedores de apoyo (como Servicios Comunitarios para Adultos [Community-Based Adult Services, CBAS]) que puede consultar como miembro de Alameda Alliance Wellness.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros centros que brindan servicios de salud en nuestro plan; y,
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud a domicilio, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus medicamentos recetados en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llama a Servicios al Miembro al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como nuestro sitio web pueden brindarle

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

la información más actualizada acerca de los cambios que se produzcan en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos *Lista de medicamentos*. Esta le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Alameda Alliance Wellness.

La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

La EOB le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. La EOB no es una cuenta. La EOB incluye información adicional sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de este *Manual para miembros* brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

K. Mantener sus registros de membresía actualizados

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Puede mantener sus registros de membresía actualizados avisándonos cuando su información cambie.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan sus registros de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costo compartido. Por eso, es muy importante que nos ayudes a mantener su información actualizada.

Avísenos inmediatamente sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o Workers' Compensation (compensación de trabajadores);
- cualquier reclamo de responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de automóvil;
- ingreso a un centro de enfermería o a un hospital;
- atención en un hospital o sala de emergencia;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**,
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que desee participar, pero le animamos a hacerlo).

Si alguna información cambia, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página.

También puede realizar cambios de información iniciando sesión en su cuenta de miembro de Alliance. Puede registrarse y acceder a su cuenta de miembro de Alliance visitando www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

K1. Privacidad de la información de salud protegida (PHI)

La información contenida en sus registros de membresía puede incluir información de salud protegida (Personal Health Information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos su PHI privada. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual para miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otras personas para que aboguen por usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Servicios al Miembro	27
B. Su coordinador de atención	30
C. Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (HICAP)	32
D. Línea de consulta de enfermería.....	33
E. Línea para crisis de salud de la conducta	34
F. ¿Qué es la organización de mejoramiento de calidad (QIO)?	35
G. Medicare	36
H. Medi-Cal.....	37
I. Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal.....	39
J. Servicios Sociales del condado.....	40
K. Agencia de servicios de salud de la conducta del condado.....	41
L. Departamento de Atención Administrada de la Salud de California	42
M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos	43
M1. Ayuda Adicional de Medicare.....	43
M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	44
M3. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	44
N. Seguro Social	45

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 25



O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	46
P. Otros recursos	47
Q. Medi-Cal Dental	48

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Servicios al Miembro

LLAME	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). La llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana. Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.735.2929. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana.
FAX	1.877.747.4504
ESCRIBA	Alameda Alliance Wellness Attn: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
CORREO ELECTRÓNICO	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
SITIO WEB	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos o cuentas
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, o
 - el monto que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- apelaciones sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
- Para obtener más información sobre la presentación de una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros* o comuníquese con Servicios al Miembro.
- quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentarnos una queja a nosotros o a la organización de mejoramiento de calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal llamando al 1-855-501-3077.
 - Para obtener más información sobre la presentación de una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 de este *Manual para miembros*.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, o
 - el monto que pagamos por sus medicamentos.
 - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 800-977-2273.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre la presentación de una apelación sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
 - Para obtener más información sobre la presentación de una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.
- pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una cuenta que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.
 - Si nos solicita que paguemos una cuenta y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



B. Su coordinador de atención

Un coordinador de atención es una persona especialmente capacitada para ayudarle a lo largo del proceso de coordinación de la atención. Su coordinador de atención será parte de su equipo de atención y actuará como su contacto principal. Al inscribirse, un coordinador de atención le llamará para hacer su evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) y su Plan de Atención Individualizada (Individualized Care Plan, ICP). Estas son herramientas que su coordinador de atención utilizará como ayuda para identificar y personalizar sus necesidades de atención médica para que se ajusten a usted. Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al número que aparece a continuación.

LLAME	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). La llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.735.2929. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana
FAX	1.877.747.4504
ESCRIBA	Alameda Alliance Wellness ATTN: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
CORREO ELECTRÓNICO	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
SITIO WEB	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

Comuníquese con su coordinador de atención para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre la obtención de servicios de salud de la conducta (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre los beneficios dentales
- preguntas sobre transporte a citas médicas

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (Long-term Services and Supports, LTSS), incluidos los Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y centros de enfermería (Nursing Facility, NF)
- programación de citas médicas, para su salud física y mental
- obtención de información sobre servicios y recursos comunitarios
- coordinación de los servicios y suministros que necesite en su domicilio
- obtención de herramientas para cuidarse mejor
- logro de sus metas de salud

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS).
- Atención de enfermería especializada.
- Terapia física.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios sociales médicos.
- Atención médica en el hogar.
- Trabajador de salud comunitario.
- Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) a través de la agencia de servicios sociales de su condado.
- Programa Multipropósito de Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Service Program, MSSP) a través de pago por servicio de Medi-Cal, si corresponde.
- Atención médica a largo plazo (Long-Term Care, LTC) en un centro de enfermería o en un centro de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo.
- Apoyos comunitarios, si corresponde.
- A veces puede obtener ayuda con sus necesidades de salud y de la vida diaria.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



C. Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (HICAP)

El Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, al SHIP se le llama Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender qué hacer para manejar su problema. El HICAP tiene asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos.

El HICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna aseguradora o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

LLAME	1.800.434.0222 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
TTY	TTY: 711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	Medicare Counseling (HICAP) 333 Hegenberger Rd., Suite 850 Oakland, CA 94621
SITIO WEB	https://www.lashicap.org/

Comuníquese con el HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos;
 - entender sus opciones de plan;
 - responder preguntas sobre el cambio de plan;
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
 - resolver problemas de cuentas o reclamos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D. Línea de consulta de enfermería

La línea de consulta de enfermería (Nurse Advice Line, NAL) puede brindarle información médica gratuita y asesoría las 24 horas del día, todos los días del año. Puede comunicarse con la línea de consulta de enfermería si tiene preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME	1.888.433.1876 La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	TTY: 711. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



E. Línea para crisis de salud de la conducta

Si se siente solo, abrumado, desesperanzado o tiene ideas suicidas, hay servicios de crisis disponibles para ofrecerle recursos emocionales.

Los servicios para crisis están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana llamando o enviando un mensaje de texto al 988.

Para necesidades urgentes de salud de la conducta que no sean una emergencia, llame a nuestro equipo de salud de la conducta a los números que aparecen a continuación.

LLAME	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). La llamada es gratuita. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.735.2929. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete (7) días de la semana

Comuníquese con la línea para crisis de salud de la conducta para obtener ayuda con:

- preguntas sobre servicios de salud de la conducta y para abuso de sustancias

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental especializados de su condado, consulte la **Sección K**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



F. ¿Qué es la organización de mejoramiento de calidad (QIO)?

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAME	1.877.588.1123
TTY	TTY: 711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	Commence Health Program 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com

Comuníquese con Commence Health para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como haber recibido medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
 - considera que su estadía en el hospital va a finalizar demasiado pronto, o
 - piensa que sus servicios de atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) van a terminar demasiado pronto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



G. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas y atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
CHAT EN VIVO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



**SITIO
WEB**

www.medicare.gov

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.
- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica y suministradores.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos servicios de salud preventivos (como pruebas de detección; inyecciones o vacunas, y consultas anuales de “bienestar”).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención médica a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

Para presentar una queja a Medicare, visite

www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California. Este es un programa público de seguro médico que brinda servicios de cuidado de la salud necesarios para personas de bajos ingresos, incluidos familias con niños, personas de edad avanzada, personas con discapacidades, niños y jóvenes en cuidado de crianza temporal y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios y apoyos médicos, dentales, de salud de la conducta y a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame al coordinador de atención de su plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción al plan Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



LLAME	1-800-430-4263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
SITIO WEB	http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



I. Oficina del Mediador de Atención Médica Administrada y Salud Mental de Medi-Cal

La Oficina del Mediador ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos médicamente necesarios. Allí escucharán, responderán sus preguntas; analizarán su situación; le explicarán políticas y procedimientos; le brindarán información, asesoramiento y opciones, y le sugerirán las remisiones apropiadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a problemas de acceso a la atención médica. No está relacionada con nuestro plan ni con ninguna aseguradora o plan de salud. Los servicios que brindan son gratuitos.

LLAME	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



J. Servicios Sociales del condado

Si necesita ayuda con sus servicios de apoyo en el hogar (IHSS), beneficios para abuso de sustancias o elegibilidad para Medi-Cal, comuníquese con su agencia local de servicios sociales del condado.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado para solicitar servicios de apoyo en el hogar, que le ayudarán a pagar los servicios que se le brindan para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. Los tipos de servicios pueden incluir ayuda para preparar comidas, bañarse, vestirse, lavar la ropa, hacer compras o transportarse.

Comuníquese con la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medi-Cal.

LLAME	1.800.698-1118. La llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. (excepto de 12:00 p.m. a 1:00 p. m.)
ESCRIBA	Alameda County Social Services Agency (Medi-Cal Center) 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605
SITIO WEB	www.alamedacountysocialservices.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



K. Agencia de servicios de salud de la conducta del condado

Los servicios especializados de salud mental y los servicios para trastornos por consumo de sustancias de Medi-Cal están disponibles para usted a través del condado si cumple los criterios de acceso.

LLAME	1.800.491.9099. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Tenemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1.800.533.5018. La llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la agencia de salud de la conducta del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios especializados de salud mental que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios de apoyo para afecciones de salud mental graves y persistentes que ofrece el condado
- preguntas sobre los servicios para personas involucradas con la justicia que presta el condado
- preguntas sobre los servicios de transición para jóvenes y otros servicios para niños y jóvenes en cuidados de crianza temporal proporcionados por el condado

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



L. Departamento de Atención Administrada de la Salud de California

El Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California tiene la responsabilidad de regular los planes de salud. El Centro de Ayuda del DMHC puede ayudarle con apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal.

LLAME	1-888-466-2219 Los representantes del DMHC están disponibles de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes.
TDD	1-877-688-9891 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
ESCRIBA	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
SITIO WEB	www.dmhc.ca.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



M. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, descritos continuación.

M1. Ayuda Adicional de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, califica y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta "Ayuda Adicional".

LLAME	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas y atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta médica en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencias de su monto de copago correcto. Si ya tiene evidencias del monto correcto, podemos ayudarle a compartírnos estas evidencias.

- Comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro para obtener instrucciones para compartírnos sus evidencias.
- Cuando recibamos las evidencias que muestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando surta su próxima receta médica. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos mediante cheque. Llame a Servicios al Miembro al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



M2. Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estatus serológico del VIH, bajos ingresos (según la definición estatal), y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo a su trabajador de inscripción local del ADAP para que pueda usted seguir recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa. Llame al 1.844.421.7050 o consulte el sitio web del ADAP en

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar sus costos de desembolso directo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos de medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite www.medicare.gov.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y maneja la inscripción a Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para avisarles.

LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes Puede usar su servicio telefónico automatizado para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	TTY: 1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



O. Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, avíseles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione "0" para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Presione "1" para acceder a la línea automatizada de ayuda de la RRB y obtenga información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana, y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



P. Otros recursos

El Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener su cobertura médica y a resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a servicios médicos
- la apelación de servicios denegados, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- cuentas médicas
- IHSS (servicios de apoyo en el hogar)

El Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número de teléfono del Programa del Mediador es 1-855-501-3077.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Q. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental; incluidos, entre otros, servicios como:

- exámenes iniciales, rayos X, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- endodoncia
- dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases

Los beneficios dentales están disponibles a través de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) de Medi-Cal Dental.

LLAME	1-800-322-6384 La llamada es gratuita. Los representantes de FFS de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Necesita tener un equipo telefónico especial para poder llamar.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo tiene términos y reglas específicas que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le da información de su coordinador de atención, cómo recibir atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de parte de farmacias o proveedores fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente a usted los servicios que cubrimos y las reglas para poseer equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	50
B. Reglas para recibir los servicios que nuestro plan cubre	51
C. Su coordinador de atención	53
C1. Qué es un coordinador de atención.....	53
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....	53
C3. Cómo puede cambiar de coordinador de atención.....	53
D. Atención de proveedores	54
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	54
D2. Atención de especialistas u otros proveedores de la red	57
D3. Cuando un proveedor sale de nuestro plan.....	58
D4. Proveedores fuera de la red	59
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	61
F. Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y abuso de sustancias)	62
F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	62
G. Servicios de transporte.....	65

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



G1. Transporte médico que no sea de emergencia	65
G2. Transporte no médico.....	67
H. Los servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando sean urgentes o durante un desastre	69
H1. Atención en caso de una emergencia médica.....	69
H2. Servicios necesarios de urgencia	71
H3. Atención durante un desastre.....	72
I. Qué sucede si le facturan directamente por los servicios cubiertos	72
I1. Qué hacer si el plan no cubre los servicios.....	72
J. Cobertura de servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	73
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	73
J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	73
J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica	74
K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica	74
K1. Definición de institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica	74
K2. Atención de una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica	74
L. Equipo médico duradero (DME).....	75
L1. DME como miembro de nuestro plan.....	75
L2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original.....	76
L3. Los beneficios para equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	77
L4. El equipo de oxígeno cuando usted cambia Medicare Original o a otro plan de Medicare Advantage (MA)	77

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Información sobre servicios y proveedores

Los **Servicios** son atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y de venta libre, equipo y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios por los que nuestro plan paga. La atención médica, salud conductual y LTSS cubiertos aparecen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre aparecen en el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención, y que están certificados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, servicios de salud conductual, equipo médico y ciertos LTSS.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acceden a aceptar nuestro pago como el pago total. Nos coordinamos con estos proveedores para que le brinden los servicios cubiertos. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando usted acude a un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



B. Reglas para recibir los servicios que nuestro plan cubre

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud conductual y LTSS.

Nuestro plan generalmente paga los servicios de cuidado de la salud, servicios de salud conductual y muchos LTSS que usted recibe al seguir nuestras reglas. Para contar con la cobertura de nuestro plan:

- La atención que usted recibe debe estar incluida en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Con médicamente necesaria queremos decir que los servicios sean razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. La atención médicamente necesaria se requiere para evitar que las personas se enfermen de gravedad o queden discapacitadas y reducir el dolor fuerte tratando la enfermedad, afección o lesión.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** de la red que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (para obtener más información, vaya a la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red o nuestro plan deben darle una aprobación antes de que pueda utilizar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se conoce como “**remisión**”. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio si no obtiene la aprobación.
 - Los PCP de nuestro plan pueden estar afiliados a grupos médicos. Al elegir su PCP y si el PCP está afiliado a un grupo médico, usted también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP le proporciona una remisión a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una asociación de PCP y especialistas creada para proporcionarle servicios de cuidado de la salud coordinados.
 - Usted no necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia, para utilizar a un proveedor de salud de la mujer o para cualquier otro servicio listado en la **Sección D1** de este capítulo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- **Debe recibir atención de parte de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Normalmente, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor totalmente por los servicios que reciba. A continuación, verá algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, vaya a la **Sección H** en este capítulo).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden dársela, puede brindársela un proveedor fuera de la red. Se necesita una autorización y debe obtenerla del plan antes de buscar la atención. En esta situación, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para utilizar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.
 - Cubrimos servicios de diálisis renal cuando usted está fuera del área de servicio de nuestro plan por un periodo breve o cuando su proveedor no esté disponible temporalmente o no pueda acceder a él.
 - Cuando usted se inscribe en nuestro plan por primera vez, puede pedir que le permitan seguir utilizando a sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esa solicitud si podemos determinar que usted tenía una relación existente con esos proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para Miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede seguir utilizando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese tiempo, su coordinador de atención se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. Después de los 12 meses, ya no cubriremos su atención si usted sigue utilizando proveedores que no están en nuestra red.

Otra cobertura de salud: Los miembros de Medi-Cal deben utilizar primero cualquier otra cobertura de atención médica (other health coverage, OHC) antes de Medi-Cal, cuando el mismo servicio esté disponible a través de esa cobertura, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario a la OHC de Medicare, cubriendo los costos permisibles que no haya pagado nuestro plan u otra OHC hasta la tarifa de Medi-Cal.

Nuevos miembros de Alameda Alliance Wellness: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en Alameda Alliance Wellness para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a que solicite que le inscriban en Alameda Alliance Wellness. Aun así, puede recibir sus servicios

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal previo durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal mediante Alameda Alliance Wellness. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767) y TTY al 1-800-735-2929 si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de atención

C1. Qué es un coordinador de atención

Un miembro de un equipo interdisciplinario que le irá conociendo y aprenderá cuáles son sus necesidades médicas. Su coordinador de atención trabaja en equipo con usted, sus médicos, cuidadores y otras personas que participan en su atención médica, y:

- Revisa sus necesidades de atención médica.
- Planea su atención con usted y su Equipo de atención
- Crea su Plan de Atención Individualizado que se enfoca en sus necesidades y su decisión.
- Coordina su atención
- Habla con usted y con sus médicos
- Le da seguimiento para ver cómo va y realiza cambios si es necesario

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención

Para hablar con su coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de atención

Para cambiar de coordinador de atención, llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP para que le brinde y administre su atención. Los PCP de nuestro plan están dentro de la red.

La definición de un PCP y lo que un PCP hace por usted

Su PCP es un médico que cumple los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica.

El PCP puede ser un:

- médico general
- internista
- pediatra
- médico de familia
- ginecobstetra
- proveedor de atención médica para indígenas estadounidenses (Indian Health Care Provider, IHCP)
- centro de salud con certificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- enfermera profesional con práctica médica
- asistente médico
- clínica

Un grupo médico o IPA es una red o grupo de médicos que trabajan juntos. También se llama grupo de proveedores.

Su proveedor de atención primaria (PCP) le proporcionará una remisión a especialistas y servicios que se conectan con su grupo médico, con una asociación de médicos independientes (Independent Physician Association, IPA) o con Alameda Alliance Wellness. Si ya está viendo a un especialista, hable con su PCP o llame a Servicios al Miembro al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Servicios al Miembro le ayudará a ver a ese proveedor si usted es elegible para la continuidad de la atención. Un Centro de salud con certificación federal (FQHC) es un centro de salud en un área que no tiene muchos proveedores. Puede obtener atención primaria y preventiva en un FQHC y puede elegir que un FQHC sea su PCP.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



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

Su elección de PCP

Si hay un hospital o especialista en particular que usted desee utilizar, averigüe si está afiliado al grupo médico de su PCP. Puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, vaya a nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor y busque el PCP que desee, o pida a Servicios al Miembro que averigüe si el PCP que usted desea hace remisiones a ese especialista o usa ese hospital

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento y por cualquier motivo. También es posible que su PCP salga de la red de nuestro plan. Si su PCP sale de nuestra red, nosotros podemos ayudarle a encontrar a un nuevo PCP en nuestra red.

Usted conoce mejor sus necesidades de atención médica, así que es mejor si usted elige a su PCP. Es mejor permanecer con un PCP para que pueda conocer sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si desea cambiar a un nuevo PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté dentro de la red de proveedores de Alameda Alliance Wellness y que esté aceptando nuevos pacientes. El médico que elija será su nuevo PCP el primer día del siguiente mes después de hacer el cambio. Para cambiar de PCP, llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. También puede solicitar el cambio de su PCP en línea cuando ingrese a su cuenta en el Portal para miembros de Alliance en www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Alameda Alliance Wellness puede cambiarle de PCP si este no está aceptando nuevos pacientes, salió de la red de Alameda Alliance Wellness, no atiende a pacientes de su edad o si existen inquietudes sobre la calidad del PCP que no se han resuelto. Alameda Alliance Wellness o su PCP también podrían pedirle que cambie a un nuevo PCP si no se lleva bien o no está de acuerdo con su PCP, o si falta o llega tarde a las citas. Si Alameda Alliance Wellness necesita cambiar a su PCP, se lo indicará por escrito. Si su PCP cambia, recibirá por correo una carta y una nueva tarjeta de identificación de miembro de Alameda Alliance Wellness. Esta incluirá el nombre de su nuevo PCP. Aspectos que se deben considerar al elegir un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica a la que me gusta acudir?
- ¿El PCP está aceptando nuevos pacientes?

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



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

Nuestro plan tiene algunos PCP que están afiliados a grupos médicos. Si cambia de PCP, también es posible que cambie de grupo médico. Cuando pida un cambio, dígame a Servicios al Miembro si usa un especialista u obtiene otros servicios cubiertos que deben contar con la aprobación del PCP. Servicios al Miembro le ayuda a seguir con su atención especializada y otros servicios cuando cambie de PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su PCP o de nuestro plan antes de usar a otros proveedores. Esta aprobación se conoce como **“remisión”**. Puede recibir servicios como los que se mencionan a continuación sin la aprobación por anticipado de su PCP o nuestro plan:

- Servicios de emergencia, ya sea que los brinde un proveedor de la red o uno fuera de la red.
- Servicios urgentes cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si está temporalmente fuera de nuestra área de servicio, o si no es razonable dado su horario, ubicación y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son lesiones enfermedades inesperadas o ataques inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a los proveedores (como las revisiones anuales) no se consideran de urgencia incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o nuestra red no está disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan. Si llama a Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio, podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras esté lejos.
- Vacunas contra la gripe y COVID-19: así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Atención médica de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamogramas de detección (rayos X de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.

Además, si usted es un miembro indígena estadounidense, puede recibir servicios cubiertos de un proveedor de atención médica indígena estadounidense de su elección, sin requerir una remisión de un PCP de la red o una autorización previa.

D2. Atención de especialistas u otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o para una parte del cuerpo determinada. Existen diversos tipos de especialistas, como:

- Los oncólogos, que atienden a los pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos, que atienden a los pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas, que atienden a los pacientes con problemas de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Su PCP puede remitirle para que vea a un especialista o a algunos otros proveedores. Cuando sea médicamente necesario para usted para mantener un buen estado de salud Su PCP puede proporcionarle un formulario para que lo lleve al especialista. El especialista llenará el formulario y lo devolverá a su PCP. El especialista lo atenderá el tiempo que considere que necesita tratamiento.

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

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

Debe obtener una autorización previa de Alameda Alliance Wellness antes de buscar atención de alguien que esté fuera de la red. Su PCP es responsable de enviar la solicitud de autorización previa para servicios fuera de la red.

El personal clínico o médico, como médicos, enfermeras y farmacéuticos, revisan las solicitudes de aprobación previa (autorización previa). Alameda Alliance Wellness no influye en modo alguno en la decisión de los revisores de denegar o aprobar la cobertura o los servicios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Para obtener más información sobre qué servicios requieren una autorización previa, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4, Sección D**.

D3. Cuando un proveedor sale de nuestro plan

Un proveedor de la red que usted utiliza puede salir de nuestro plan. Si uno de sus proveedores sale de nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos darle a usted acceso ininterrumpido a proveedores cualificados.
- Le informaremos que su proveedor saldrá de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual sale de nuestro plan, le informaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores sale de nuestro plan, le informaremos si usted está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de él o si le visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para seguir coordinando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está sometiéndose a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir continuar con las terapias o el tratamiento médicamente necesario. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo la atención.
- Le daremos información acerca de los periodos de inscripción disponibles y las opciones que usted puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista cualificado en la red que esté accesible para usted, debemos coordinarnos con un especialista fuera de la red para que le brinde la atención cuando un proveedor de la red o un beneficio no esté disponible o no sea adecuado para cubrir sus necesidades médicas. Se necesita contar con una autorización previa.
- Si se entera de que uno de sus proveedores va a salir de nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir a un nuevo proveedor para coordinar su atención.
- Si considera que no hemos remplazado a su proveedor anterior con un proveedor cualificado o que no estamos coordinando su atención bien, tiene el derecho de presentar una queja por la calidad de la atención a la Organización

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



de mejoramiento de calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo por la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

D4. Proveedores fuera de la red

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no tienen un acuerdo para trabajar con Alameda Alliance Wellness. Usted tiene derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o servicios de urgencia. Es posible que deba pagar cualquier atención que reciba de proveedores fuera de la red en su área de servicio, a excepción de la atención de emergencia, la atención familiar, la atención sensible y la atención aprobada previamente por Alameda Alliance Wellness. Si necesita servicios de cuidado de la salud médicamente necesarios que no están disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos de un proveedor fuera de la red de forma gratuita. Alameda Alliance Wellness puede aprobar una remisión a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su hogar. Si le damos una remisión a un proveedor fuera de la red, pagaremos su atención. Para el cuidado de urgencia dentro del área de servicio de Alameda Alliance Wellness, no es necesaria una aprobación previa (autorización previa) para obtener cuidados de urgencia de un proveedor de la red. Necesita obtener una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de urgencia de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de Alameda Alliance Wellness. Además, los servicios de diálisis se cubren para los miembros con enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio de Alameda Alliance Wellness o cuando el proveedor no esté disponible temporalmente o no está accesible y no puede acceder a proveedores contratados para ESRD.

Si se encuentra fuera del área de servicio de Alameda Alliance Wellness y necesita atención que no sea de emergencia o urgencia, llame a su PCP de inmediato. Para obtener atención de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana.

Alameda Alliance Wellness cubre la atención de emergencia fuera de la red.

Alameda Alliance Wellness tiene cobertura de emergencia en todo el mundo. Para obtener más detalles, llame a Servicios al Miembro al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Si necesita atención médica que Medicare o Medi-Cal solicita que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede brindársela un proveedor que no pertenezca a la red. Su PCP es responsable de enviar la solicitud de autorización previa para servicios fuera de la red. Debe obtener una autorización del plan o del grupo médico al que está afiliado su PCP antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red a menos que esté recibiendo servicios de emergencia o de urgencia. En este caso, pagará el mismo monto que pagaría si hubiera recibido atención de un proveedor de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Si utiliza un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare o Medi-Cal.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en casa y evitar ir al hospital o a un centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS mediante nuestro plan, incluso a atención en un centro de enfermería especializada, Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Services, CBAS) y Apoyos de la comunidad. Otro tipo de LTSS, el programa de Servicios de apoyo en el hogar está disponible mediante la agencia de servicios sociales de su condado.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) le ayudará a pagar por los servicios que le proporcionaron, para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa de atención fuera del hogar, como hogares de ancianos o centros de atención e internados.
- Los tipos de servicios que IHSS puede autorizar son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y vesical, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales.

Si usted cumple los criterios para cualquier programa de LTSS, su coordinador de atención puede ayudarle a garantizar que tenga el apoyo y la atención necesaria en casa.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



F. Servicios de salud conductual (servicios de salud mental y abuso de sustancias)

Usted tiene derecho a acceder a servicios de salud conductual que sean médicamente necesarios y que los cubran Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud conductual cubiertos por la atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios de salud mental especializados de Medi-Cal o servicios para trastornos de abuso de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted mediante los Servicios de Atención de Salud Conductual del Condado de Alameda (el programa ACCESS).

F1. Servicios de salud conductual de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted mediante el plan de salud mental del condado (mental health plan, MHP) si cumple los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal proporcionados por el Programa ACCESS de los Servicios de Salud Conductual del Condado de Alameda incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con medicamentos
- servicios de tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención ante una crisis
- servicios de estabilización ante una crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento de crisis a domicilio
- servicios en un centro de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- administración de casos seleccionados
- reingreso de personas involucradas con la justicia
- tratamiento asertivo de la comunidad (assertive community treatment, ACT)

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- tratamiento forense asertivo de la comunidad (forensic assertive community treatment, ACT)
- atención especializada coordinada (coordinated specialty care, CSC) para el primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP)
- Servicios en la sede de un club
- servicios de un trabajador de la salud destacado de la comunidad (community health worker, CHW)
- empleo con apoyo
- servicios de apoyo entre pares
- servicios de intervención ante una crisis en la comunidad
- servicios terapéuticos de la conducta
- cuidado de crianza temporal terapéutico
- coordinación de cuidado intensivo
- servicios intensivos en el hogar

Los servicios de medicamentos de Medi-Cal proporcionados por el Programa ACCESS de los Servicios de Salud Conductual del Condado de Alameda incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal en casa para trastornos por abuso de sustancias
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento contra narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado Tratamiento con la ayuda de medicamentos)
- servicios de intervención ante una crisis basados en la comunidad

Los servicios del sistema organizado de entrega de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) están disponibles para usted por medio del programa de Servicios de Cuidado de la Salud Conductual del Condado de Alameda (Alameda County Behavioral Health Care Services, ACCESS Program) si usted cumple los criterios para recibir estos servicios. Los servicios del DMC-ODS incluyen:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de las adicciones (también llamado Tratamiento con la ayuda de medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de control del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento contra narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de intervención ante una crisis basados en la comunidad
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- tratamiento, diagnóstico y pruebas de detección periódicas tempranas (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios mencionados anteriormente, usted puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple los criterios.

Puede acceder a servicios de salud mental y para abuso de sustancias por medio del directorio de proveedores del Plan en www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor, o llamando al departamento de Servicios al Miembro del Plan al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767).

Los recursos para crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 988, o mediante los recursos que aparecen en la lista de nuestro sitio web www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Puede acceder a los servicios para crisis en cualquier momento sin comunicarse con el Plan. No se necesita una autorización previa.

El Plan ofrece coordinación de la atención para ayudarle a acceder a atención de salud conductual. Puede llamar a Servicios al Miembro (1-888-88A-DSNP o 1-888-882-3767) para solicitar ayuda para ubicar un proveedor de salud conductual.

No es necesario contar con la remisión de su PCP para acceder a los servicios de salud conductual y hay un enfoque de "puertas abiertas" para acceder a los servicios, con múltiples puntos de entrada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



El Plan coordinará la atención y el beneficio cuando usted acceda a los servicios entre el Plan y el condado. Probablemente necesite dar su consentimiento para la divulgación de información para que ciertos tipos de información se compartan entre el Plan y el condado.

Un servicio es “médicamente necesario” o una “necesidad médica” cuando sea razonable y necesario para proteger la vida, para evitar una enfermedad o una discapacidad importante, o para aliviar un dolor fuerte.

El Plan y el condado siguen un proceso de revisión según un acuerdo mutuo para permitir la resolución oportuna de las disputas clínicas y administrativas. Puede llamar a Servicios al Miembro (1-888-88A-DSNP o 1-888-882-3767) si tiene otras preguntas sobre el proceso de revisión.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico que no sea de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no sea de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten utilizar un auto, un autobús o un taxi para acudir a sus citas. Se puede proporcionar transporte para los servicios cubiertos de citas médicas, dentales, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su PCP o con otro proveedor y solicitarlo. Su PCP y otro proveedor decidirá el mejor tipo de transporte para satisfacer sus necesidades. Si usted necesita transporte médico que no sea de emergencia, lo prescribirán llenando un formulario y presentándolo a Alameda Alliance Wellness para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación tendrá vigencia de un año. Su PCP u otro proveedor médico reevaluará su necesidad de transporte médico que no sea de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta para sillas de ruedas o transporte aéreo. Alameda Alliance Wellness permite el medio de transporte de menor costo y el transporte médico que no sea de emergencia más adecuado para sus necesidades médicas cuando necesite que lo lleven a su cita. Por ejemplo, si usted tiene la capacidad física o médica para que lo transporte una camioneta para silla de ruedas, Alameda Alliance Wellness no pagará el servicio de una ambulancia. Usted solo tiene derecho a transporte aéreo si su afección médica hace que cualquier transporte por vía terrestre sea imposible.

El transporte médico que no sea de emergencia debe usarse cuando:

- Usted lo necesite por algún motivo físico o médico, según lo que determine su PCP u otro proveedor mediante una autorización por escrito, ya que no le es posible usar un autobús, un taxi, un auto o una camioneta para llegar a su cita.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Usted necesita la ayuda del conductor para salir de su residencia, vehículo o lugar de tratamiento y para regresar debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico que su médico le prescribió para citas no urgentes **de rutina**, llame a Servicios de Transporte de Alliance al 1.866.791.4158 al menos 3 días laborables (de lunes a viernes) antes de su cita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Límites al transporte médico

Alameda Alliance Wellness cubre viajes ilimitados en el transporte médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas de su hogar al proveedor más cercano donde haya una cita disponible. El transporte médico no se proporcionará si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, Alameda Alliance Wellness le ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de este Manual para Miembros, hay una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o del área de servicio a menos que Alameda Alliance Wellness lo autorice previamente.

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen ir y regresar de sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo alguno para usted, cuando se encuentre bajo las siguientes circunstancias:

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

Alameda Alliance Wellness le permite usar un auto, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para ir a su cita médica para recibir servicios autorizados por su proveedor. Alameda Alliance Wellness usa Modivcare para coordinar el transporte no médico. Cubrimos el tipo de transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades.

En ocasiones, puede recibir un reembolso por los viajes en un vehículo privado que usted gestione. Alameda Alliance Wellness debe aprobarlo **antes** de que usted obtenga el viaje y debe decirnos por qué no puede obtener un viaje de cualquier otra manera, como el autobús. Puede informarnos por teléfono, por correo electrónico o en persona. **No puede recibir un reembolso por conducir usted mismo.**

El reembolso del kilometraje requiere todo lo siguiente:

- licencia para conducir del conductor
- registro del vehículo o tarjeta de circulación
- póliza del seguro del vehículo del conductor

Para solicitar transporte para los servicios que han sido autorizados, llame a Servicios de Transporte de Alliance al 1-866-791-4158 al menos tres (3) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Para **citas urgentes**,

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



llame lo antes posible. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita más información.

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

Límites al transporte no médico

Alameda Alliance Wellness cubre viajes ilimitados en el transporte no médico de menor costo que satisfaga sus necesidades médicas de su hogar al proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir por sí mismo ni recibir un reembolso directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica si:

- Una ambulancia, una camioneta con camilla, una camioneta con silla de ruedas u otra forma de transporte médico que no sea de emergencia es necesaria para llegar a un servicio.
- Usted necesita la ayuda del conductor para salir de su residencia, vehículo o lugar de tratamiento y para regresar debido a una afección física o médica.
- Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



H. Los servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando sean urgentes o durante un desastre

H1. Atención en caso de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor fuerte, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tuviera como resultado:

- un riesgo grave para su vida o para la de un bebé que está por nacer; o
- una pérdida o un daño grave a las funciones corporales; o
- disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes de dar a luz.
 - La transferencia a otro hospital puede significar una amenaza a su salud o a su seguridad, o a la de su hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Solicite ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencia del hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si la necesita. **No** es necesario obtener una aprobación o remisión previa de su PCP. No necesita utilizar un proveedor de la red. Puede obtener cobertura de atención médica de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier parte de EE. UU. o sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Infórmele a nuestro plan sobre la emergencia tan pronto como sea posible.** Hacemos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no pagaremos los servicios de emergencia si tarda en informarnos. Llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Nuestro número de teléfono de Servicios al Miembro se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia. Para saber más, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Los proveedores que le brinden atención de emergencia deciden el momento en que su estado es estable y la emergencia médica ha concluido. Seguirán dándole tratamiento y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si usted recibe su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Si necesita atención de emergencia fuera del área de servicio de Alameda Alliance Wellness, vaya a la sala de emergencia (emergency room, ER) más cercana, incluso si no se encuentra dentro de la red de Alameda Alliance Wellness. Si acude a una ER, pídale que llamen a Alameda Alliance Wellness. Usted o el hospital en el que lo admitieron debe llamar a Alameda Alliance Wellness dentro de las primeras 24 horas de haber recibido la atención de emergencia. Si hace un viaje fuera de Estados Unidos, a otro lugar distinto de Canadá o México, y necesita atención de emergencia, el plan **no** cubrirá su atención.

Medicare no proporciona cobertura para atención médica de emergencia fuera de Estados Unidos y sus territorios. Alameda Alliance Wellness cubre servicios de emergencia fuera de Estados Unidos con un límite de reembolso anual de \$25,000. Tenga en cuenta que los servicios de transporte de emergencia fuera de Estados Unidos no se cubren. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4, Sección D** de este documento para obtener más información.

Cómo recibir atención de emergencia si no era una emergencia

En ocasiones puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Puede ir a recibir atención de emergencia y el médico puede decir que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico determine que no era una emergencia, cubrimos la atención adicional solo si:

- Usted utiliza un proveedor de la red o

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- La atención adicional que reciba se considera "Servicios necesarios de urgencia" y usted sigue las reglas para recibirlos. Consulte la siguiente sección.

H2. Servicios necesarios de urgencia

Servicios necesarios de urgencia es la atención que usted obtiene en una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, puede tener un ataque de una afección existente o una lesión o enfermedad inesperada.

Servicios necesarios de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

Cubrimos los servicios necesarios de urgencia solo si:

- Recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas que se describen en este capítulo.

Si no es posible o razonable llegar a un proveedor de la red, debido a su horario, ubicación o circunstancias, cubrimos los servicios necesarios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener atención de urgencia, llame a su PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame a Servicios al Miembro al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. O puede llamar a la línea gratuita de consulta de enfermería al 1-888-433-1876 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conocer el nivel de atención que es mejor para usted.

Servicios necesarios de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando esté fuera del área de servicio de nuestro plan, probablemente no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre los servicios necesarios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a los proveedores, como las revisiones anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre los servicios necesarios de urgencia que reciba fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos y sus territorios bajo las siguientes circunstancias.

- Los servicios se cubren en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad médica e idoneidad que se habrían aplicado si los mismos servicios se brindaran dentro de Estados Unidos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el Presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a la atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Durante un desastre declarado, si usted no puede utilizar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus recetas en una farmacia que no pertenece a la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

I. Qué sucede si le facturan directamente por los servicios cubiertos

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una cuenta por los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* para saber qué hacer.

No debe pagar la cuenta. Si lo hace, probablemente no podamos reembolsarle.

I1. Qué hacer si el plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se listan en el Cuadro de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*), **y**
- que reciba siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre **usted paga el costo total por sí mismo**, a menos que estén cubiertos por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos cualquier atención o servicio médico, usted tiene el derecho de preguntarnos. También tiene el derecho de preguntarnos por escrito. Si determinamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica qué hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios al Miembro para saber más sobre sus derechos de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Pagamos algunos servicios hasta cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted paga el costo total para recibir más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para ver los límites de beneficios específicos. Llame a Servicios al Miembro para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuánto de sus beneficios ha usado.

J. Cobertura de servicios de cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado un estudio clínico) es una manera en que los médicos prueban nuestros tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare normalmente les pide a voluntarios que participen. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (aquella que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** es necesario que nos informe ni que obtenga la aprobación de parte de nosotros o de su médico de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores de la red. Esto no se aplica a beneficios cubiertos que requieran un estudio clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras reglas del plan.

Le invitamos a informarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea estar en un estudio de investigación clínica, cubierto para las personas inscritas en Medicare Original, le invitamos a usted o a su coordinador de atención a ponerse en contacto con Servicios al Miembro para informarnos que participará en un estudio clínico.

J2. Pago de los servicios cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

Si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted no paga nada por los servicios cubiertos conforme al estudio. Medicare paga los servicios cubiertos conforme al estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura de la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio. Esto incluye:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- habitación y comidas por estadías en el hospital que Medicare pagaría igualmente si usted no participara en el estudio.
- ¿¿
- tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si forma parte de un estudio que Medicare **no haya** aprobado, usted paga los costos por participar en el estudio.

J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica

Puede saber más sobre cómo participar un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare

(www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren sus servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica

K1. Definición de institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica

Una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica es un lugar que brinda asistencia que comúnmente se recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir asistencia en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, le brindaremos cobertura de la atención en una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica.

Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios del cuidado de la salud no médicos).

K2. Atención de una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica

Para obtener atención en una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica, deberá firmar un documento legal que exprese que no está de acuerdo en recibir tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento **voluntario y no exigido** por ninguna ley local, estatal o federal.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que sea exigido** por alguna ley local, estatal o federal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Para que nuestro plan cubra la atención que recibe en una institución religiosa para la asistencia sanitaria no médica, esta debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que brinde la atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan únicamente cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir cobertura de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener la aprobación previa de parte de nosotros antes de ingresar al centro; en caso contrario, su estadía **no** tendrá cobertura.

Se aplican los límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare. Nuestro plan cubre los días de estadía en el hospital de los pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesario. Consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4, Sección D**.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye ciertos artículos médicamente necesarios que indica un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para que la use en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadoras.

Usted posee algunos artículos de DME, como prótesis.

Otros tipos de DME se deben rentar. Como miembro de nuestro plan, usted normalmente **no** posee los artículos de DME rentados, sin importar cuánto tiempo los rente.

En ciertas situaciones específicas, transferimos la propiedad del artículo de DME a usted. Llame a servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al final de la página para obtener más información.

Incluso si tuvo el DME durante hasta 12 meses seguidos conforme a Medicare antes de que se uniera a nuestro plan, usted **no** poseerá el equipo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



L2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original

En el programa de Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de equipo médico duradero (DME) pasan a ser propietarias del equipo después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben rentar ciertos tipos de DME antes de que sean suyos.

En ciertas situaciones específicas, transferimos la propiedad del artículo de DME a usted. Llame a servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al final de la página para obtener más información. Si ya no tiene Medi-Cal, debe hacer 13 pagos seguidos conforme a Medicare Original, o deberá hacer el número de pagos seguidos que el plan de MA establezca para que el artículo de DME sea suyo si:

- usted no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, **y**
- usted deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa de Medicare Original o un plan de MA.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Si usted hizo pagos por el artículo de DME conforme a Medicare Original o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan de MA no cuenta para los pagos que debe hacer después de dejar nuestro plan.**

- Deberá hacer 13 pagos seguidos conforme a Medicare Original, o el número de nuevos pagos seguidos que el plan de MA establezca para poseer el artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando usted regresa a Medicare Original o al plan de MA.

L3. Los beneficios para equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- la renta del equipo de oxígeno
- la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- los tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- el mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

L4. El equipo de oxígeno cuando usted cambia Medicare Original o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y cambia a Medicare Original**, usted lo renta de un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de renta cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente. Medicare y Medi-Cal cubre estos pagos si sigue inscrito en Medicare y Medi-Cal.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de que lo rente durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros durante hasta 5 años si es médicamente necesario

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del periodo de 5 años:**

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede elegir recibir un reemplazo del equipo de cualquier proveedor.
- Empieza un nuevo periodo de 5 años.
- Usted lo renta de un proveedor durante 36 meses.
- Entonces, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y cambie a otro plan de MA**, el plan cubrirá por lo menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntarle al nuevo plan de MA qué equipo de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán los costos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1-888-88A-DSNP (1-888-882-3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 4: Cuadro de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o límites que se aplican a dichos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Nuevos miembros de Alameda Alliance Wellness: en la mayoría de los casos, se le inscribirá en Alameda Alliance Wellness para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a cuando solicite ser inscrito en Alameda Alliance Wellness. Aun así, puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal mediante Alameda Alliance Wellness. No habrá una brecha en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929 si tienen alguna pregunta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Índice

A. Your covered services	78
B. Rules against providers charging you for services	78
C. About our plan's Benefits Chart	78
D. Our plan's Benefits Chart	80
E. Community Supports	154
F. Benefits covered outside of our plan.....	155
F1. California Community Transitions (CCT)	156
F2. Medi-Cal Dental	156
F4. In-Home Supportive Services (IHSS)	158
F5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Programs	158
G. Benefits not covered by our plan, Medicare, or Medi-Cal.....	164

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos recetados se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que usted recibe ayuda de Medi-Cal, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

B. Reglas para impedir que los proveedores le cobren los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le den una cuenta por los servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una cuenta de un proveedor por servicios cubiertos. Si lo hace, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros* o llame a Servicios al Miembro.

C. Acerca del cuadro de beneficios de nuestro plan

El cuadro de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Enlista los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios enlistados en el cuadro de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios enlistados en el cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, incluidos atención médica; servicios de salud de la conducta y para consumo de sustancias; servicios y apoyos a largo plazo; suministros; equipo, y medicamentos, deben ser “medicamento necesarios”. Medicamento necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye la atención que evita que usted ingrese a un hospital o a un centro de enfermería. También

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para las personas recién inscritas, durante los primeros 90 días es posible que no le solicitemos que obtenga aprobación por anticipado para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted obtiene su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que obtenga de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o de servicios necesarios de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* contiene más información sobre el uso de servicios de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o un equipo de atención que le proporciona y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle una aprobación antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP o acudir a otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se conoce como remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* contiene más información sobre la obtención de una remisión y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios enlistados en el cuadro de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se conoce como autorización previa (Prior Authorization, PA). En el cuadro de beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan una PA.
- Si su plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor que lo atiende.
- Si pierde sus beneficios de Medi-Cal, dentro del periodo de tres (3) meses en los que se considera que continúa su elegibilidad, continuarán sus beneficios de Medicare en este plan. Sin embargo, es posible que su servicio de Medi-Cal no esté cubierto. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Opciones de Atención Médica para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no los de Medi-Cal.

Todos los servicios de salud preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios de salud preventivos en el cuadro de beneficios.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D. Cuadro de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos por única vez una prueba de detección mediante ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ella de su médico, asistente médico, enfermera profesional con práctica médica o enfermera clínica especialista.	\$0
Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura ambulatoria en un mes calendario o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 sesiones de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica identificable, como por ejemplo, no asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una cirugía, y • no está asociado con un embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año para el dolor lumbar crónico. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si usted no mejora o si empeora. Requisitos para el proveedor: Los médicos (según la definición de la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura (continuación) Los asistentes médicos (Physician Assistant, PA), las enfermeras profesionales con práctica médica (Nurse Practitioner, NP)/enfermeras clínicas especialistas (Clinical Nurse Specialist, CNS) (identificadas en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM), y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o commonwealth (por ejemplo, Puerto Rico) de Estados Unidos, o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o una NP/CNS requerido por nuestras regulaciones del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) secciones 410.26 y 410.27. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de abuso del alcohol y asesoría Pagamos una prueba de detección de abuso de alcohol (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si obtiene un resultado positivo en la prueba de detección para abuso del alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoría en persona cada año (si se encuentra en condiciones y está alerta durante la asesoría), con un proveedor de atención primaria (PCP) calificado o un profesional de la salud calificado en un centro de atención primaria. Cuando sea médicamente necesario, se le remitirá a servicios de tratamiento para abuso de alcohol o sustancias.	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan atenderlo. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (que no sean una emergencia) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean emergencias, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta anual de bienestar Puede hacerse un chequeo anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esto una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede tener lugar a menos de 12 meses de su consulta Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una consulta de Bienvenido a Medicare para tener consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
Servicios de prevención del asma Puede recibir información sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para detectar factores desencadenantes que se suelen encontrar en el hogar de las personas con asma mal controlada.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de salud del comportamiento El plan cubre los servicios de salud de la conducta médicamente necesarios. Estos servicios incluyen, entre otros: • servicios de crisis • evaluación y tratamiento de la salud mental • servicios por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios • servicios para pacientes ambulatorios para supervisar la terapia con medicamentos • consultas psiquiátricas • psicológicos y neuropsicológicos • estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)* • terapia electroconvulsiva* • programas intensivos para pacientes ambulatorios • programas de hospitalización parcial • servicios residenciales de salud mental* • atención psiquiátrica hospitalaria Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). <i>* Es posible que se requiera autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
 Densitometría ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que reúnen los requisitos (por lo general, personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También le pagamos a un médico para que revise y comente los resultados.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años de edad • una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o mayores • exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardiaca (del corazón)* Pagamos servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicio, educación y asesoría. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una remisión u orden de un médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardiaca, que son más intensivos que los programas de rehabilitación cardiaca. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
 Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad del corazón) Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarle a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiacas. Durante la consulta, su médico puede: • hablarle sobre el uso de la aspirina; • revisarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan afecciones relacionadas con un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Detección de cáncer cervical y vaginal Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres con alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que han tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más prueba del VPH una vez cada cinco años	\$0
	Servicios quiroprácticos* Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Cubrimos dos (2) servicios al mes sin autorización previa para tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual. Cualquier servicio adicional dentro del mismo mes requiere autorización previa.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos, y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio varía en función de los servicios individuales prestados durante el tratamiento. \$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Pagamos los siguientes servicios: - La colonoscopia no tiene ninguna limitación de edad mínima o máxima, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo elevado o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo elevado de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. - La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o cuando han pasado 47 meses desde el mes en que se	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



	realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada cuando han pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de haber tenido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. Este beneficio continúa en la siguiente página.	
Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que involucra la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.	

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios Comunitarios para Adultos (Community Based Adult Services, CBAS)* Servicios para pacientes ambulatorios prestados en centros para atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para familias y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que califiquen. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicio de trabajadores de salud comunitaria Alameda Alliance Wellness cubre los servicios de trabajadores de salud comunitaria (Community Health Worker, CHW) para los miembros cuando los recomienda un médico u otro profesional con licencia para prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones, o su avance, para prolongar la vida y promover el bienestar físico y mental. Los CHW apoyan a los miembros facilitando conexiones oportunas y eficientes con programas y servicios esenciales, incluida la atención primaria, y garantizando que cada miembro reciba la atención adecuada en el momento oportuno y en el entorno apropiado. Los servicios pueden incluir Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicio de trabajadores de salud comunitaria (continuación) Educación para la salud: los CHW promueven la salud de los miembros o atienden los obstáculos para recibir atención proporcionando información y capacitación adaptadas a la cultura sobre temas de salud física y mental. Uso del sistema de salud: los CHW ayudan a los miembros a comprender y usar el sistema de atención médica para mejorar el acceso a los servicios y promover la participación activa en su atención. Detección y evaluación: los CHW realizan pruebas de detección y evaluaciones que no requieren una licencia clínica, y ayudan a los miembros a acceder a los servicios en función de las necesidades identificadas. Apoyo individual y defensa: los CHW brindan apoyo individualizado para ayudar a prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones y reducir el riesgo de lesiones o violencia.	\$0
Servicios dentales* Pagamos ciertos servicios dentales, incluyendo, entre otros, limpiezas, empastes y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, y se describe más adelante en la Sección G2. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos son reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radioterapia contra el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de órgano. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) Además, cubrimos servicios y procedimientos dentales adicionales. Estos servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes: <u>Servicios de salud preventivos</u> • exámenes bucales: uno al año <u>Servicios completos</u> • de restauración* ○ uno por diente cada siete años calendario • prótesis dentales (extraíbles)* ○ rebases para dentaduras postizas completas o parciales cubiertos una vez cada dos años calendario ○ reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura metálica moldeada cubierto una vez cada tres años calendario • prótesis dentales (fijas)* ○ dentaduras postizas parciales fijas (puentes): una por diente cada siete años calendario • servicios generales complementarios* ○ Se cubre una consulta cada año calendario. Nuestro plan se asocia con Liberty Dental para proporcionarle sus beneficios dentales. Para ver una lista detallada de la cobertura y localizar un dentista de la red, puede visitar el sitio web en www.libertydentalplan.com o llamar al 1.888.704.9838. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.855.8039. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico: Del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes Se recomienda que consulte con su dentista de la red para revisar la cobertura de los beneficios antes de recibir servicios dentales. Si decide acudir a un dentista fuera de la red, nuestro plan no cubrirá los servicios que reciba. Además, como miembro con doble elegibilidad, Medi-Cal (Medicaid) cubre algunos servicios dentales, incluida la anestesia que se pueda usar durante su procedimiento dental. Es posible que los servicios que no cubre nuestro plan estén	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal. Consulte la Sección F2 más adelante para obtener más información. Este beneficio continúa en la siguiente página.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios dentales (continuación) Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicios al Miembro al 1.800.322.6384 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web www.smilecalifornia.org/ para obtener más información. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
	Prueba de detección de depresión Pagamos una prueba de detección de depresión cada año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda dar tratamiento de seguimiento o remisiones.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de diabetes Pagamos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles elevados de azúcar (glucosa) en sangre Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos; por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede calificar hasta para dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su última prueba de detección de diabetes.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes* Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para vigilar su glucosa en sangre, incluyendo lo siguiente: ○ un medidor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa en sangre ○ dispositivos de lancetas y lancetas ○ soluciones para el control de la glucosa que permiten revisar la precisión de las tiras reactivas y los medidores • Para las personas con diabetes que tienen afección de pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas plantillas), incluyendo el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ○ un par de zapatos ortopédicos, incluyendo el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos). • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a manejar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicios de doula Para las personas embarazadas, pagamos nueve visitas con una doula durante el periodo prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el alumbramiento. También se pueden proporcionar hasta nueve visitas posparto adicionales.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.





Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual para miembros</i> para ver una definición de “equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas, incluidas las eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • colchoneta seca de presión para colchón • suministros para la diabetes • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y tripié • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastones estándar con mango curvo o de cuatro apoyos y suministros de reemplazo • tracción cervical (para ser instalada sobre la puerta) • estimulador de huesos • equipo para atención de diálisis • pueden estar cubiertos otros artículos Pagamos todos los DME médicamente necesarios que suelen cubrir Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede pedirle que la solicite especialmente para usted. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia Atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona razonable con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que tuviera como resultado: • un riesgo grave para su vida o para la de su bebé que está por nacer; o • un daño grave a las funciones corporales; o • disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo, o • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: ○ no haya tiempo suficiente para trasladarla a otro hospital antes de dar a luz ○ el traslado a otro hospital puede significar una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo por nacer Ofrecemos un beneficio anual de \$25,000 para servicios de atención de emergencia recibidos en todo el mundo (fuera de Estados Unidos).	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados como paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado su emergencia, su hospital llamará a nuestro plan y es posible que lo transfieran a un hospital de la red para que su atención continúe siendo pagada. Solo podrá permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente hospitalizado si nuestro plan aprueba su estancia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, para determinados servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y diagnósticas de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticoncepción intrauterina [Intrauterine Contraception, IUC]/dispositivo intrauterino [Intrauterine Device, IUD], implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parche o anillo). Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de planificación familiar (continuación) • Productos para la planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón). • Servicios de fertilidad limitados, como asesoría y educación sobre técnicas de concientización de la fertilidad o asesoría sobre salud preconcepcional, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoría y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). • Asesoría genética. También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe acudir a un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para afecciones médicas relacionadas con la infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para embarazarse) • tratamiento para el SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas educativos de salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se centran en determinadas afecciones. Estos incluyen: • clases de educación de la salud; • clases de educación nutricional; • abandono del cigarrillo y del consumo de tabaco, y • línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas educativos de salud y bienestar (continuación) Línea de consulta de enfermería: La línea de consulta de enfermería puede brindarle información médica gratuita y asesoría, las 24 horas del día, todos los días del año. Llame a la línea gratuita de consulta de enfermería al 1.888.433.1876 (TTY: 711) para lo siguiente: • hablar con una enfermera que responderá sus preguntas médicas, le proporcionará orientación sobre la atención y le ayudará a decidir si debe acudir a un proveedor de inmediato • obtener ayuda con afecciones médicas como la diabetes o el asma, lo que incluye orientación acerca de qué tipo de proveedor puede ser el adecuado para su afección La línea de consulta de enfermería no puede ayudarle con las citas clínicas o a resurtir medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita ayuda con estos temas. La línea de consulta de enfermería cuenta con servicios lingüísticos disponibles si es necesario. Programas educativos de salud y bienestar: Ofrecemos muchos programas para ayudarle a mantenerse saludable. Estos incluyen: • hojas y guías escritas con consejos sobre educación sobre la salud • asesoramiento sobre salud en temas como: asma, diabetes, enfermedades cardíacas y más • clases y programas para apoyar un estilo de vida saludable, como comer sano, mantenerse activo y cómo dejar de fumar • brazalete o collar de identificación médica para las siguientes afecciones: asma y diabetes Para recibir información sobre los programas que ofrecemos y solicitar un brazalete o collar de identificación médica, llámenos al 1.510.747.4577. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para la audición Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención para paciente ambulatorio cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los siguientes servicios: • Examen rutinario de audición: 1 cada año. • Asignación para aparato de corrección auditiva: hasta \$775 de asignación para un aparato de corrección auditiva (por oído) para un máximo de dos aparatos de corrección auditiva al año. Esta asignación no se puede transferir de un año a otro. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere este límite. • Ajuste/evaluación de aparato de corrección auditiva: 1 vez cada año. • Los miembros deben comunicarse con Nations Hearing al 1.877.408.7542 (TTY: 711) para programar una cita con un proveedor contratado. Hay asesores de experiencia del miembro disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. También pagamos los aparatos de corrección auditiva cuando los receta un médico u otro proveedor calificado, incluyendo: • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis consultas para entrenamiento, ajustes y adaptación con el mismo proveedor después de que reciba el aparato de corrección auditiva • renta de prueba de aparatos de corrección auditiva • dispositivos de ayuda auditiva, dispositivos auditivos de conducción ósea de superficie • servicios de audiología y evaluación posterior relacionados con el aparato de corrección auditiva Hable con su proveedor y obtenga una remisión.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • solicitan una prueba de detección del VIH, o • tienen un mayor riesgo de infección por VIH. Si usted está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección de VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas adicionales de detección de VIH cuando lo recomienda su proveedor.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de una agencia de cuidado de la salud en el hogar* Antes de que pueda recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita, y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Usted debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante. Pagamos los siguientes servicios, y quizá otros servicios que no se mencionan aquí: • servicios de enfermería especializada y de asistente en el cuidado de la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes (para que los servicios de enfermería especializada y los de un asistente en el cuidado de la salud en el hogar estén cubiertos dentro del beneficio de atención médica en el hogar, ambos deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios sociales y médicos • equipos y suministros médicos Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Terapia de infusión en el hogar* Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o debajo de la piel, y proporcionadas en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar una infusión en el hogar: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba, y • suministros, como sondas o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, prestados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de DME; • vigilancia remota, y • servicios de monitoreo para la provisión de la terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se prevé que le quedan seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. El médico de su centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o uno fuera de la red. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
-------------------	-------------------

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Cuidados paliativos (continuación) Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado temporal de reemplazo de corto plazo • atención en el hogar Los servicios paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal se cobran a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios paliativos y cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le cobrará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted no paga nada por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i>. Nota: Si tiene una enfermedad grave, es posible sea elegible para recibir cuidados paliativos, que consisten en una atención centrada en el paciente y su familia, prestada por un equipo para mejorar su calidad de vida. Puede recibir atención paliativa al mismo tiempo que atención curativa/regular. Consulte la sección Atención paliativa más abajo, para obtener más información. Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para programar los servicios. La atención no paliativa es aquella que no está relacionada con su pronóstico terminal.	\$0
--	------------

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Nuestro plan cubre los servicios de consulta de un centro de cuidados paliativos (solo una vez) para un miembro que tenga una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
	Inmunizaciones Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si corre un riesgo alto o moderado de contraer dicha enfermedad • vacunas contra el COVID-19 • vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) • otras vacunas si usted está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este Manual para miembros para obtener más información.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Habitación semiprivada (o una habitación privada de ser médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares. • Costos de unidades de atención especial como las unidades de cuidado intensivo o de cuidado coronario. • Medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Rayos X y otros servicios radiológicos. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidados para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado.
Servicio cubierto		Lo que usted paga

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados* (continuación) • Aparatos, como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Para algunos trasplantes de órganos importantes que requieren hospitalización, es posible que se le derive a un “centro de excelencia” especializado en ese órgano. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios de trasplante a nivel local o fuera del patrón de atención de su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted decide realizarse el trasplante allí, nos encargamos de organizar y pagar los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • Sangre, incluidos almacenamiento y administración. • Servicios de médicos. Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden para que sea admitido formalmente como paciente hospitalizado por el hospital. Incluso si usted pasó la noche en el hospital, aún puede ser considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidados para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se haya estabilizado.
--	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga

** Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* Pagamos los servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. • Si necesita servicios para paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia local de salud mental del condado paga los servicios psiquiátricos hospitalarios médicamente necesarios. La autorización para recibir atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia local de salud mental del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que reciba en un instituto de enfermedades mentales (Institute for Mental Diseases, IMD). <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta* No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si ya usó todos sus beneficios de paciente hospitalizado o si la hospitalización no es razonable o médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que no se cubren los cuidados para pacientes hospitalizados, podemos pagar los servicios que reciba mientras se encuentre en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro. Pagamos los siguientes servicios, y quizá otros servicios que no se mencionan aquí: • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio. • Rayos X, terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Apósitos quirúrgicos. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta* (continuación) • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones. • Dispositivos de prótesis y ortesis, excepto los dentales, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan total o parcialmente: ○ un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. • Férulas y fajas para piernas, brazos, espalda y cuello, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en su estado. • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de centros de cuidados intermedios* Atención proporcionada en un centro de atención médica a largo plazo o en el hogar que proporciona servicios residenciales las 24 horas del día. Los tipos de centros o residencias de atención intermedia incluyen: • Centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled, ICF/DD) • Centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-habilitación (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Habilitative, ICF/DD-H) • Centro de atención intermedia/discapacidades del desarrollo-enfermería (Intermediate Care Facility/Developmentally Disabled-Nursing, ICF/DD-N) <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios y suministros para enfermedades del riñón* Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre enfermedades del riñón para enseñar la forma de cuidar los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones acerca de su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en fase IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades del riñón. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual para miembros</i> o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted es hospitalizado para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, que incluye la capacitación para usted y para la persona que lo asista en sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de técnicos de diálisis para supervisar su diálisis en el hogar, ayudarlo en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en este cuadro. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Nuestro plan paga pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • acude a una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos una cajetilla al día durante 20 años sin ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o dejó de fumar en los últimos 15 años. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0
Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) (continuación) Después de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide ofrecer una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida para la prueba de detección de cáncer de pulmón, dicha consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad del riñón que no reciben diálisis. También se usa después de un trasplante de riñón, cuando lo indique o lo recete su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoría individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoría individual cada año. Si su afección médica, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podría recibir más horas de tratamiento con la remisión u orden de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la remisión o la orden cada año si necesita tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar los comportamientos saludables. Ofrece capacitación práctica en: • cambios alimenticios a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos: • Medicamentos que no suele administrarse usted mismo y que se inyectan o se administran por vía intravenosa mientras recibe servicios médicos, ambulatorios hospitalarios o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizado por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está confinada en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted misma. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) bajo la supervisión adecuada. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
-------------------	-------------------

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se comercialicen nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato contemplados en el sistema de pago de la ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario) y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como la epoetina alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en el hogar. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0
---	------------

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare* (continuación) También cubrimos algunas vacunas contempladas en nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de este <i>Manual para miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos recetados. Explica las reglas que debe seguir para que sus recetas médicas estén cubiertas. El Capítulo 6 de este <i>Manual para miembros</i> explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en centros de enfermería* Un centro de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que brinda atención a personas que no pueden recibir atención en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada de ser médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre) • sangre, incluidos almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que suelen ofrecer los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales de la salud • equipo médico duradero • servicios dentales, incluyendo dentaduras postizas • beneficios de la vista • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podología	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Este beneficio continúa en la siguiente página.	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención en centros de enfermería (continuación) Por lo general, usted recibe atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no forme parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que salga usted del hospital Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>*Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
	Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para mantener el peso bajo control Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoría para ayudarlo a perder peso. Debe recibir la asesoría en un centro de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de programas de tratamiento para opioides (OTP)* Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) a través de un programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrar y darle dichos medicamentos • asesoría sobre el consumo de sustancias • terapia individual y grupal • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el organismo (pruebas toxicológicas) <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • rayos X • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluidos almacenamiento y administración • pruebas diagnósticas que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (Electrocardiogram, EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Es posible que se requiera autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Observación hospitalaria de paciente ambulatorio Pagamos los servicios de observación hospitalaria de paciente ambulatorio para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Observación hospitalaria de paciente ambulatorio (continuación) Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, aún puede ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, como: • servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces usted puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio" ○ Puede obtener más información sobre la diferencia entre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • pruebas de laboratorio y diagnósticas cobradas por el hospital • cuidado de la salud mental, que incluye atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento con hospitalización si no se proporciona • rayos X y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación) • pruebas de detección y servicios preventivos enumerados en todo el cuadro de beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios* Pagamos los servicios de salud mental prestados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • una enfermera clínica especialista • un consejero profesional con licencia (Licensed Professional Counselor, LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • una enfermera profesional con práctica médica (Nurse Practitioner, NP) • un asistente médico (Physician Assistant, PA) • cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental calificado por Medicare permitido por las leyes estatales aplicables Pagamos los siguientes servicios, y quizá otros servicios que no se mencionan aquí: • servicios clínicos • tratamiento diurno • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas intensivos para pacientes ambulatorios • evaluación y tratamiento de salud mental individual o grupal • pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios* (continuación) • servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar una terapia con medicamentos • pruebas de laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios • consultas psiquiátricas <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Pagamos terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) y otras instalaciones. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos los siguientes servicios, y quizá otros servicios que no se mencionan aquí: • prueba de detección de abuso del alcohol y asesoría • tratamiento del abuso de medicamentos • asesoría grupal o individual por parte de un profesional clínico calificado • servicios relacionados con el alcohol o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo o un programa de hospitalización parcial • tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol)	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Cirugía ambulatoria* Pagamos cirugía y servicios para pacientes ambulatorios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si usted se hará una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntar a su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, aún puede ser considerado paciente ambulatorio. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta sin receta (OTC) Ofrecemos una asignación mensual de \$50 para comprar artículos de venta sin receta (Over the Counter, OTC). Puede usar este beneficio para comprar artículos sin receta médica, como medicamentos para la tos y el resfriado, vitaminas, analgésicos, vendajes y otros productos elegibles. El beneficio entra en vigor el primer día de cada mes. El saldo restante no se transfiere al siguiente mes. Puede haber limitaciones en cuanto a los tipos y cantidades de artículos OTC cubiertos. Se le enviará por correo una tarjeta de débito prepagada, junto con las instrucciones de activación. Puede usar su tarjeta de débito para comprar productos OTC del catálogo directamente en tiendas y ubicaciones de las farmacias participantes, en línea o por teléfono. • En tienda: puede comprar una variedad de artículos aprobados en CVS, Safeway, Walgreens, Walmart y otras. Visite www.alliancewellness.nationsbenefits.com para encontrar una tienda participante cerca de usted. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Artículos de venta sin receta (OTC) (continuación) • En línea: Visite www.alliancewellness.nationsbenefits.com para ver una variedad de productos aprobados. Si es la primera vez que hace un pedido en línea, deberá crear una cuenta registrándose en el portal Benefits Pro o en la aplicación Benefits Pro. Si ya creó una cuenta, simplemente inicie sesión, seleccione sus artículos y, cuando esté listo, haga clic en “Checkout” (Comprar). • Por teléfono: visite www.alliancewellness.nationsbenefits.com para encontrar los productos que desea pedir. Para hacer un pedido por teléfono, llame al 1.877.408.7542 (TTY: 711). Hay asesores de experiencia del miembro disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Además, también tiene los beneficios de artículos OTC de Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1.800.977.2273.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención paliativa* Nuestro plan cubre la atención paliativa. La atención paliativa es para personas con enfermedades graves. Proporciona atención centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida anticipando, evitando y tratando el sufrimiento. La atención paliativa no es atención de enfermos terminales, por lo que no es necesario tener una esperanza de vida de seis meses o menos para calificar para atención paliativa. La atención paliativa se proporciona al mismo tiempo que la atención curativa/regular. La atención paliativa incluye lo siguiente: • planificación de atención anticipada • evaluación y consulta para atención paliativa • un plan de atención que incluya toda la atención paliativa y curativa autorizada, incluidos los servicios de salud mental y los servicios sociales médicos • servicios de su equipo de atención designado	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención paliativa* (continuación) • coordinación de atención • control del dolor y de los síntomas No puede recibir atención como enfermo terminal y atención paliativa al mismo tiempo si es mayor de 21 años. Si usted está recibiendo atención paliativa y cumple con los criterios de elegibilidad para recibir atención de enfermos terminales, puede solicitar el cambio a atención de enfermos terminales en cualquier momento. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio para pacientes ambulatorios hospitalario o en un centro comunitario de salud mental, y es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado (LMFT) o consejero profesional certificado. Puede ayudarle a evitar tener que permanecer en el hospital. <i>El servicio para pacientes ambulatorios intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de la conducta (mental) que se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, y que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de un médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i> <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio* Pagamos los siguientes servicios: • atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios prestados en lugares como: • consultorio médico • centro quirúrgico ambulatorio certificado • departamento de pacientes ambulatorios de un hospital • consultas, diagnósticos y tratamiento de un especialista • exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria o especialista, si su médico los solicita para determinar si usted necesita tratamiento • ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos y profesionales para tratar afecciones que no son de emergencia de medicina general, dermatología y salud mental ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios por teléfono o video. Si decide obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Teladoc ofrece consultas médicas por teléfono o video desde la comodidad de su hogar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con un médico llamando a Teladoc al 1.800.TELADOC (1.800.835.2362) o programando una videollamada en la aplicación Teladoc para tratar problemas médicos que no sean de emergencia. • servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros que reciben diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	servicios de telesalud para miembros con trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente Este beneficio continúa en la siguiente página.	

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio* (continuación) • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una consulta presencial en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • servicios de telesalud para consultas de salud mental prestados por clínicas rurales y centros de salud acreditados a nivel federal • revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos si: ○ usted no es paciente nuevo, y ○ la revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la revisión no da lugar a una visita al consultorio en las siguientes 24 horas o en la cita más próxima disponible. • evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en las siguientes 24 horas si: ○ usted no es paciente nuevo, y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no da lugar a una visita al consultorio en las siguientes 24 horas o en la cita más próxima disponible. • consulta que su médico haga con otros médicos por teléfono, Internet o en su historial médico electrónico si usted no es un paciente nuevo • segunda opinión de otro proveedor de la red previa a la cirugía	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Servicios de podología* Pagamos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades y lesiones del pie (como dedo en martillo o espolones) • cuidado rutinario de los pies para miembros con afecciones en las piernas, como la diabetes • tratamiento del tobillo y de los tendones conectados al pie • tratamiento no quirúrgico de los músculos y los tendones de la pierna que controlan las funciones del pie Hable con su proveedor y obtenga una remisión. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si le administran un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoría individual (incluyendo evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y acatamiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	\$0
 Exámenes de detección de cáncer de próstata. Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen de tacto rectal • una prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados* Los dispositivos protésicos sustituyen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Entre estos se encuentran: • pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluyendo kits de alimentación, bomba de infusión, sondas y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • férulas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar toda o parte de una parte externa de la cara que se haya retirado o que haya sido dañada como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • crema y pañales para incontinencia Pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o sustitución de prótesis y ortesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte más adelante en este cuadro “Cuidado de la vista” para obtener más detalles. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar* Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una remisión para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que está tratando su EPOC. Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
 Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagaremos una prueba de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Pruebas de detección y asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) (continuación) También pagamos hasta dos sesiones individuales de asesoría conductual de alta intensidad al año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoría como servicio preventivo solo si las imparte un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* Si desea conocer la definición de centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Pagamos los siguientes servicios, y quizá otros servicios que no se mencionan aquí: • habitación semiprivada o una habitación privada de ser médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería especializada • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que están naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluidos almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los SNF • pruebas de laboratorio realizadas por los SNF • rayos X y otros servicios de radiología que proporcionan los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Por lo general, usted recibe atención de SNF en centros de la red. En ciertas condiciones, es posible que pueda recibir atención en un centro que no forme parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención de un centro de enfermería) • un centro de enfermería donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que salga del hospital Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
 Abandono del cigarrillo y del consumo de tabaco La asesoría para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante la asesoría. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda la asesoría. Cubrimos dos intentos al año para abandonar el hábito (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año).	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de centros de atención subaguda (para adultos o pediátricos)* Nuestro plan puede cubrir un centro de atención médica a largo plazo que proporciona atención integral a miembros médicamente frágiles que necesitan servicios especiales, como terapia de inhalación, cuidados de traqueotomía, alimentación por sonda intravenosa y atención para el manejo de heridas complejas. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET)* Pagamos terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) para los miembros con enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, EAP) sintomática que tengan una remisión para EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de ejercicios y entrenamiento para la EAP para miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • darse en un centro hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • ser impartido por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para EAP • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera profesional con práctica médica/enfermera clínica especialista capacitada en técnicas de soporte vital tanto básico como avanzado Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: transporte médico que no es de emergencia* Este beneficio permite el transporte médico ilimitado para ir a un servicio cubierto por su plan y Medicare. Esto puede incluir: ambulancia, camioneta para camilla, servicios de transporte médico en camioneta para silla de ruedas y coordinación con transporte adaptado. Los medios de transporte se autorizan cuando: • Su proveedor médico determina que su condición médica o física no le permite viajar en autobús, automóvil, taxi u otro medio de transporte público o privado, y se requiere autorización previa, por lo que deberá llamar a su plan para programar un traslado. Los servicios de transporte se ofrecen por medio de nuestro proveedor de transporte, Modivcare. Para solicitar transporte para ir a servicios que han sido autorizados, llame a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1.866.791.4158 al menos tres (3) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o lo antes posible cuando tenga una cita urgente. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro de Alameda Alliance Wellness cuando llame. Se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas. <i>* Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	\$0
Transporte: transporte no médico Este beneficio permite transporte ilimitado para ir a servicios médicos en automóvil, taxi u otras formas de transporte público o privado. El transporte se requiere con el fin de obtener atención médica necesaria cubierta por Medi-Cal, incluyendo el traslado a citas dentales y para recoger medicamentos. Se cubre el transporte para servicios cubiertos tanto por Medi-Cal como por Medicare. Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Transporte: transporte no médico (continuación) Los servicios de transporte se ofrecen por medio de nuestro proveedor de transporte, Modivcare. Para solicitar transporte para ir a servicios que han sido autorizados, llame a la línea gratuita de Servicios de Transporte de Alliance al 1.866.791.4158 al menos tres (3) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o lo antes posible cuando tenga una cita urgente. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro de Alameda Alliance Wellness cuando llame. Se requiere autorización previa para viajes de más de 50 millas.	\$0
Servicios necesarios de urgencia Los servicios necesarios de urgencia son aquellos que se brindan para tratar: • una situación que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita servicios necesarios de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a un proveedor de la red porque debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicio del plan y requiera servicios médicamente necesarios inmediatos para una afección imprevista, pero no sea una emergencia médica). Esta cobertura es válida dentro de Estados Unidos y es para cuando su afección médica requiere atención inmediata.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto		Lo que usted paga
	Atención de la vista* Pagamos los siguientes servicios: • un examen ocular rutinario cada año, y Este beneficio continúa en la siguiente página.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista* (continuación) • hasta \$150 para un par de anteojos (montura) o lentes de contacto de uso habitual cada dos años. Los lentes estándar (monofocales, bifocales con línea o trifocales con línea) están cubiertos en su totalidad cada dos años. • Los servicios de atención oftalmológica rutinaria deben obtenerse a través de un proveedor Advantage de Vision Service Plan (VSP). Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de la vista. Por ejemplo, tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos mayores de 50 años • hispanoamericanos mayores de 65 años Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta una lente intraocular. Si le hacen dos cirugías de cataratas diferentes, debe adquirir un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Llame al 1.855.492.9028 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o visite www.vsp.com/advantageonly para encontrar un proveedor que participe en la red Advantage de VSP.	\$0

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hable con su proveedor y obtenga una remisión. * <i>Se requiere autorización previa, la cual es responsabilidad de su proveedor.</i>	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye: • una revisión de su salud; • información y asesoría sobre los servicios de salud preventivos que usted necesita (incluidas pruebas de detección y vacunas), y • remisiones para otro tipo de atención si la necesita. Nota: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses en los que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Apoyos comunitarios

Usted puede obtener los apoyos contemplados en su Plan de Atención Individualizada. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente adecuados y asequibles para quienes tienen la cobertura del Plan Estatal Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos, estos servicios pueden ayudarle a vivir de forma más independiente. No sustituyen los beneficios que ya recibe a través de Medi-Cal a través de otros programas financiados con fondos estatales, locales o federales, de acuerdo con los términos y condiciones estándar (Standard Terms and Conditions, STC) de California Advancing and Innovating Medi-Cal (CalAIM) y las pautas federales y del Departamento de Servicios Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS).

Alameda Alliance Wellness ofrece los siguientes apoyos comunitarios que correspondan:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Servicios de orientación sobre transición a una vivienda, depósitos para vivienda y de obtención y mantenimiento para ayudar a los miembros a encontrar vivienda y mantener un arrendamiento seguro y estable.
- Atención de recuperación (relevo médico): atención integrada y clínica a corto plazo para personas que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan curarse de una lesión o enfermedad (incluidas las afecciones de salud del comportamiento).
- Comidas adaptadas a las necesidades médicas/alimentos de apoyo médico: comidas/alimentos que se pueden enviar a domicilio y que satisfacen las necesidades dietéticas específicas de las personas con enfermedades crónicas, inmediatamente después de recibir el alta de un hospital o de un hogar de ancianos.
- Mitigación del asma: modificaciones físicas del entorno de un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de la persona, o que le permiten desenvolverse en el hogar y sin las cuales los episodios agudos de asma podrían dar lugar a la necesidad de servicios de emergencia y hospitalización.
- Servicios de relevo (para cuidadores): servicios para cuidadores de miembros que requieren atención temporal a corto plazo mientras su cuidador principal no está disponible.
- Servicios de cuidado personal y de asistencia doméstica: brindan apoyo a los miembros que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, AVD), como bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse o alimentarse; se proporcionan a corto plazo debido a la ausencia o la necesidad de relevo de las personas que normalmente los cuidan o supervisan, y no son de naturaleza médica.
- Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones en el hogar): adaptaciones físicas en el hogar para garantizar la salud y la seguridad de la persona, o permitir que el miembro funcione con mayor independencia en el hogar.
- Transiciones a centros de vida asistida: servicios para ayudar a los miembros a realizar la transición a entornos comunitarios, incluidos centros de vida asistida, centros de atención residencial para personas mayores y centros residenciales para adultos.
- Servicios de transición a la comunidad o al hogar: servicios para ayudar a los miembros a realizar la transición de un centro de enfermería a un hogar o residencia privada de la comunidad.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. O llame a su proveedor de atención médica.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medi-Cal de pago por servicio.

F1. Transiciones a la Comunidad de California (CCT)

El programa Transiciones a la Comunidad de California (California Community Transitions, CCT) usa organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que han vivido en un centro hospitalario durante al menos 60 días consecutivos, a volver a integrarse a la comunidad y permanecer en ella de forma segura. El programa CCT financia servicios de coordinación de la transición durante el periodo previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a reintegrarse a la comunidad.

Usted puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de las organizaciones líder de CCT y los condados a los que prestan servicio en el sitio web del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud en:

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para servicios de coordinación de la transición de CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios no relacionados con su transición de CCT

El proveedor nos envía la cuenta por sus servicios. Nuestro plan paga los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras usted recibe servicios de coordinación de la transición de CCT, pagamos los servicios enumerados en el cuadro de beneficios de la **Sección D**.

No hay ningún cambio en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre medicamentos. Usted seguirá recibiendo sus beneficios normales de medicamentos a través de nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Nota: Si necesita atención de transición que no sea de CCT, llame a su coordinador de atención para programar los servicios. La atención **no** relacionada con la transición de CCT es aquella que no está relacionada con su transición desde una institución o centro.

F2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Hay más información en el sitio web SmileCalifornia.org. Medi-Cal Dental incluye, entre otros, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- endodoncia
- dentaduras parciales y completas, ajustes, reparaciones y rebases.

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles en Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, llame a la línea de Servicios al Miembro al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarle de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web smilecalifornia.org/ para obtener más información.

Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte el cuadro de beneficios de la **Sección D** para obtener más información.

F3. Cuidados paliativos

Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se prevé que le quedan seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de atención de enfermos terminales certificados por Medicare. El médico de su centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o uno fuera de la red.

Consulte el cuadro de beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe servicios de atención de enfermos terminales.

Para servicios paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor de atención de enfermos terminales envía la cuenta a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor envía la cuenta a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Manual para miembros.

Nota: Si tiene una enfermedad grave, es posible sea elegible para recibir cuidados paliativos, que consisten en una atención centrada en el paciente y su familia, prestada por un equipo

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



para mejorar su calidad de vida. Puede recibir atención paliativa al mismo tiempo que atención curativa/regular. Consulte la sección Atención paliativa más arriba, para obtener más información.

Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos, llame a su coordinador de atención para programar los servicios. La atención no paliativa es aquella que no está relacionada con su pronóstico terminal.

F4. Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

- El Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) le ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos los servicios que le proporcionen para que usted pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares de ancianos o los centros de alojamiento y atención.
- Para recibir servicios, se hace una evaluación para determinar qué tipos de servicios se pueden autorizar para cada participante con base en sus necesidades. Los tipos de servicios que se pueden autorizar a través de IHSS son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compra de comestibles, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y de la vejiga, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidades mentales.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado. También puede ponerse en contacto con una agencia IHSS que se encuentra en el sitio web de la agencia del condado en <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx>.

F5. Programas de dispensas para Servicios en el Hogar y en la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) de la sección 1915(c)

Dispensa para vida asistida (ALW)

- La dispensa para vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa al ingreso a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería a un entorno hogareño y comunitario, o evitar el ingreso en centros de enfermería especializada para los beneficiarios con una necesidad inminente de ingreso en un centro de enfermería.
- Los miembros que estén inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de coordinación de atención de la ALW para coordinar los servicios que usted recibe.
- Actualmente, la ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar la ALW. Llame a la agencia local de coordinación de atención de la ALW, Institute for Aging, al 1.415.750.4111.

Dispensa para HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (Developmental Disabilities, DD) (HCBS-DD)

Dispensa para el Programa de Autodeterminación (Self-Determination Program, SDP) de California para personas con discapacidades del desarrollo

- Hay dos dispensas de la sección 1915(c), la dispensa para HCBS-DD y la dispensa para el SDP, que prestan servicios a personas a las que se les ha diagnosticado una discapacidad del desarrollo que comienza antes de los 18 años y se prevé que continuará indefinidamente. Ambas dispensas son una forma de financiar ciertos servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en su hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. Los costos de estos servicios son financiados conjuntamente por el programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California. Su coordinador de atención puede ayudarle a ponerse en contacto con los servicios de la dispensa para DD.

Dispensa para alternativas basadas en el hogar y en la comunidad (HCBA)

- La dispensa para alternativas basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA) ofrece servicios de manejo de la atención a personas en riesgo de ser ingresadas en hogares de ancianos o en instituciones. Los servicios de manejo de la atención son prestados por un equipo multidisciplinario de manejo de la atención compuesto por una enfermera y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de la dispensa y del plan estatal (como servicios médicos, de salud de la conducta, Servicios de Apoyo en el Hogar, etc.) y tramita otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de manejo de la atención y de la dispensa se prestan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser de propiedad privada, obtenida mediante un contrato de arrendamiento, o ser la residencia de un familiar del participante.
- Los miembros que estén inscritos en la dispensa para HCBA pueden permanecer inscritos en la dispensa para HCBA y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la dispensa para HCBA para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar HCBA. Llame a la agencia local de HCBA, Elders' Independence, al 1.510.318.7375.

Programa de Dispensa de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Dispensa de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) ofrece servicios integrales de administración de casos y atención directa a personas que viven con VIH como alternativa a la atención o la hospitalización en centros de enfermería. La administración de caso es un enfoque centrado en el participante dirigido por un equipo, que consiste en una enfermera registrada y un administrador de caso de trabajo social.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Los administradores de casos trabajan con el participante y los proveedores de atención primaria, la familia, los cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención para que el participante pueda permanecer en su hogar y su comunidad.

- Los objetivos del MCWP son: (1) proporcionar servicios domiciliarios y comunitarios a personas con VIH que, de otro modo, podrían necesitar servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con el manejo de su salud en relación con el VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud de la conducta, y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicación de servicios.
- Los miembros que estén inscritos en la dispensa del MCWP pueden permanecer inscritos en la dispensa del MCWP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de la dispensa del MCWP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MCWP. Llame a la agencia local del MCWP, Primary Care at Home, Inc., al 1.510.822.2588.

Programa Multipropósito de Servicios para Personas de Edad Avanzada (MSSP)

- El Programa Multipropósito de Servicios para Personas de Edad Avanzada (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ofrece servicios sociales y de manejo de la atención médica para ayudar a las personas a permanecer en su propio hogar y comunidad.
- Si bien la mayoría de los participantes del programa también reciben Servicios de Apoyo en el Hogar, el MSSP proporciona coordinación continua de la atención, conecta a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con proveedores de atención médica y compra algunos servicios necesarios que de otro modo no están disponibles para evitar o retrasar la institucionalización. El costo anual total combinado del manejo de la atención y otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un centro de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de la salud y los servicios sociales hace a cada participante del MSSP una evaluación completa de su salud y su situación psicosocial para determinar los servicios que necesita. Luego, el equipo trabaja con el participante del MSSP, su médico, su familia y otras personas para elaborar un plan de atención individualizado. Los servicios incluyen:
 - manejo de la atención
 - atención diurna para adultos
 - reparaciones/mantenimiento menores en el hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, cuidado personal y supervisión protectora en el hogar
 - servicios de relevo

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- servicios de transporte
- servicios de asesoría y terapéuticos
- servicios de comidas
- servicios de comunicación
- Los miembros que estén inscritos en la dispensa del MSSP pueden permanecer inscritos en la dispensa del MSSP y, al mismo tiempo, recibir los beneficios que ofrece nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que usted recibe.
- Su coordinador de atención puede ayudarle a solicitar el MSSP. Llame a la agencia local del MSSP, el Departamento de Envejecimiento de California, al 1.510.238.3762, o a la ciudad de Fremont, al 1.510.574.2041.

F6. Servicios de salud de la conducta del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)

Usted tiene acceso a los servicios de salud de la conducta médicamente necesarios que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a los servicios de salud de la conducta cubiertos por Atención Médica Administrada de Medicare y Medi-Cal. El tratamiento residencial para consumo de sustancias no está cubierto por nuestro plan. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud de la conducta del condado.

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted mediante el plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP) del condado si cumple los criterios para acceder a servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que ofrece el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo con la medicación
 - servicios de tratamiento diurno intensivo
- rehabilitación diurna
 - servicios de intervención ante una crisis
 - servicios de estabilización ante una crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento de crisis a domicilio
- servicios en un centro de salud psiquiátrica
- servicios hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- administración de casos seleccionados
- servicios de apoyo entre pares
- servicios comunitarios de intervención ante una crisis
- servicios terapéuticos de la conducta
- cuidado de crianza temporal terapéutico
- coordinación de cuidado intensivo
- servicios intensivos en el hogar
- Reinserción de Personas Involucradas con la Justicia
- tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Treatment, ACT)
- tratamiento comunitario forense asertivo (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- atención especializada coordinada (Coordinated Specialty Care, CSC) para primer episodio psicótico (First Episode Psychosis, FEP)

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud de la conducta de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios.

- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- tratamiento perinatal en casa para trastornos por consumo de sustancias
- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- programa de tratamiento para narcóticos
- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de apoyo entre pares
- servicios comunitarios de intervención ante una crisis
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- pruebas, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para miembros menores de 21 años)

Los servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios
- servicios de hospitalización parcial

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- medicamentos para tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial, incluyendo el manejo de la abstinencia en este entorno
- servicios de manejo del síndrome de abstinencia
- programa de tratamiento para narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de atención
- servicios de apoyo entre pares
- servicios comunitarios móviles de intervención ante una crisis servicios de manejo de contingencias
- servicios de intervención temprana (para miembros menores de 21 años)
- pruebas, diagnóstico y tratamiento periódicos tempranos (para miembros menores de 21 años)
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Además de los servicios antes mencionados, usted puede tener acceso a servicios de desintoxicación voluntaria para pacientes hospitalizados si cumple los criterios.

Puede acceder a servicios de salud mental y para consumo de sustancias por medio de nuestro Directorio de proveedores en www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor, o llamando a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).

Los recursos para crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 988 o mediante los recursos que aparecen en la lista de nuestro sitio web www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Puede acceder a los servicios para crisis en cualquier momento sin comunicarse con el plan. No se necesita una autorización previa.

El plan ofrece coordinación de la atención para ayudarle a acceder a atención de salud de la conducta. Llame a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) para solicitar ayuda para encontrar un proveedor de salud de la conducta.

No es necesario tener una remisión de su PCP para acceder a los servicios de salud de la conducta y hay un enfoque en el que "no hay puertas equivocadas" para acceder a los servicios, ya que hay múltiples puntos de entrada.

El plan coordinará la atención y el beneficio cuando usted acceda a los servicios entre el plan y el condado. Probablemente necesite dar su consentimiento para la divulgación de información para que ciertos tipos de información se compartan entre el plan y el condado.

Un servicio es "medicamente necesario" o una "necesidad médica" cuando es razonable y necesario para proteger la vida, para prevenir una enfermedad importante o una discapacidad importante, o para aliviar un dolor intenso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



El plan y el condado siguen un proceso de revisión según un acuerdo mutuo para permitir la resolución oportuna de disputas clínicas y administrativas.

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medi-Cal

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y otros que excluimos solo en algunos casos.

No pagamos los servicios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en alguna otra parte de este *Manual para miembros*), salvo en las condiciones específicas que se indican. Aunque obtenga los servicios en un centro de urgencias, el plan no los pagará. Si considera que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el cuadro de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideran “razonables y médicamente necesarios”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que se enlisten como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Enfermeras privadas.
- Artículos personales, como un teléfono o un televisor, en su habitación en un hospital o centro de enfermería.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados por sus parientes directos o miembros de su grupo familiar.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y desempeño mental) a menos que sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que se vea igual.

- Atención quiropráctica, que no sea la manipulación de la columna vertebral según lo indican los lineamientos de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, excepto lo descrito en "Servicios de podología" en el cuadro de beneficios de la **Sección D**.
- Calzado ortopédico, a menos que sea parte de una férula para las piernas y esté incluido en el costo de la férula o que los zapatos sean para una persona que tiene la afección de pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que tengan la afección de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía de queratomileusis in situ asistida con láser (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis, LASIK) y otros dispositivos para corregir la visión deficiente.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en centros para Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Usted seguirá siendo responsable de los montos de su costo compartido.
- Fertilización in vitro (In Vitro Fertilization, FIV), lo que incluye, pero no se limita a, estudios de infertilidad o procedimientos para diagnosticar o tratar la infertilidad.
- Conservación de la fertilidad.
- Modificaciones a vehículos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Atendemos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que recibe de una farmacia mediante pedido por correo. Entre estos se incluyen medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare y por Medi-Cal. El **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* le informa lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este Manual para Miembros.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se hable de ellos en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare** Estos generalmente incluyen medicamentos que recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio del médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte B de Medicare que están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.
- Además de la Parte D de Medicare del plan y de la cobertura de beneficios médicos, sus medicamentos podrían estar cubiertos por Medicare Original si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** "Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare".

Reglas de nuestro plan para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios

Normalmente, cubrimos sus medicamentos, siempre y cuando usted siga las reglas en esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro prescriptor) debe hacerle una receta médica, que debe ser válida de acuerdo con la ley estatal correspondiente. Con frecuencia, esta persona es su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). También puede ser otro proveedor si su PCP le dio una remisión para su atención.

El prescriptor **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en ninguna lista similar de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



En general, debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir sus recetas médicas a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Para abreviar, la llamamos “*Lista de medicamentos*”. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de medicamentos*, es posible que lo cubramos si le damos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.
- Observe que las solicitudes para que cubramos su medicamento recetado se evaluarán según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso de un medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o está respaldado por ciertas referencias médicas. Su prescriptor puede ayudarle a identificar las referencias médicas para respaldar el uso del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento necesite aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que los cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas.....	142
A1. Cómo surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red	142
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta médica	142
A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red	142
A4. Qué hacer si su farmacia se sale de la red.....	143
A5. Acuda a una farmacia especializada	143
A6. Cómo usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	144
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos.....	145
A8. Cómo surtir medicamentos de una farmacia fuera de la red de nuestro plan	146
B. Lista de medicamentos <i>de nuestro plan</i>	148

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



B1. Medicamentos incluidos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	148
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	149
B3. Medicamentos no incluidos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	149
C. Límites para algunos medicamentos	151
D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto	153
D1. Cómo obtener un suministro temporal	153
D2. Cómo solicitar un suministro temporal	154
E. Cambios de cobertura para sus medicamentos	155
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	157
F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada en el que la estadía está cubierta por nuestro plan	157
F2. En un centro de atención médica a largo plazo	157
F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	158
G. Programas sobre la seguridad y el manejo de medicamentos	158
G1. Programas que le ayudan a usar los medicamentos de forma segura	158
G2. Programas que le ayudan a manejar sus medicamentos	159
G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura	160

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Cómo surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos sus recetas médicas solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una tienda de medicamentos que acepta surtir las recetas médicas de los miembros de nuestro plan. Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener más información acerca de cuándo cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta médica

Para surtir una receta médica, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura la parte que nos corresponde del costo de su medicamento cubierto. Es posible que usted deba pagar en la farmacia un copago cuando recoja su receta médica.

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) para tener acceso a los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro o BIC al momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que se comunique con nosotros para solicitar la información necesaria o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja. Luego, puede pedirnos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde. **Si usted no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios al Miembro de inmediato.** Haremos todo lo posible por ayudarlo.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a resurtir una receta, puede solicitarle a su proveedor que le escriba una nueva receta médica o pedir a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia, si es que puede volver a surtirla.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención.

A4. Qué hacer si su farmacia se sale de la red

Si la farmacia a la que acude se sale de la red de nuestro plan, usted debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A5. Acuda a una farmacia especializada

A veces, debe surtir sus recetas médicas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Normalmente, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de atención médica a largo plazo, nos aseguraremos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención médica a largo plazo no está en la red o si tiene problemas para obtener sus medicamentos en un centro de atención médica a largo plazo, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias de proveedores de atención médica para indígenas estadounidenses (Indian Health Care Provider, IHCP). Los miembros indígenas estadounidenses y nativos de Alaska tienen acceso a farmacias de un proveedor de atención médica para indígenas estadounidenses (IHCP) en la medida en la que tengan una farmacia minorista inscrita. Si usted no es indígena estadounidense o nativo de Alaska, aun así, puede recibir servicios de una farmacia minorista de un IHCP si está asignado a la clínica o en caso de emergencia.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieran de un manejo especial, de coordinación de proveedores o de educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debe darse con muy poca frecuencia.)

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios al Miembro o su coordinador de atención.

A6. Cómo usar el servicio de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar nuestros servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que se toman de forma regular, para el tratamiento de una afección médica a largo plazo o crónica. Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo se indican como medicamentos aprobados para pedidos por correo en nuestra *Lista de medicamentos*. Los medicamentos **no** disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo se indican como "No disponible para pedido por correo" (Non-Mailable Order, NMO) en nuestra *Lista de medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar al menos un suministro del medicamento para 30 días y no más de un suministro para 90 días. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir recetas médicas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas médicas por correo, comuníquese con:

Walgreens Mail Service
8350 S River Parkway
Tempe, AZ 85284
NPI: 1164437406
Tel.: 1.800.345.1985

En general, una receta médica que se pide por correo llega en un plazo de 14 días. Si la receta médica de un miembro se retrasa, la farmacia de pedido por correo informa a los pacientes del retraso mediante métodos de comunicación orales (llamada telefónica automatizada o personalizada) o escritos (correo electrónico, mensaje de texto o carta). En caso de que el paciente esté en riesgo de interrumpir su terapia, la farmacia hará un envío expedito sin costo alguno para el paciente o procesará un suministro de corto plazo de una farmacia local, sin costo para el paciente. Llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro si el pedido por correo de su receta médica se retrasa.

Procesos de los pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas médicas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y para el resurtido de las recetas médicas que se piden por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



1. Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y envía automáticamente las recetas médicas nuevas que recibe de usted.

2. Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe del consultorio del proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta médica del proveedor de atención médica, se comunica con usted para saber si desea que el medicamento se surta de inmediato o en otro momento.

- Esto le ofrece la oportunidad de asegurarse de que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la dosis, cantidad y forma) y, si es necesario, usted puede detener o retrasar el pedido antes de que se lo cobren y envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted; infórmeles qué hacer con la nueva receta médica para evitar retrasos en el envío.

3. Resurtir recetas médicas mediante el pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, empezamos a procesar automáticamente su siguiente resurtido cuando nuestros registros muestran que su medicamento está por terminarse.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento cambió.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de acabarse su receta médica actual, para asegurarse de que envíen a tiempo su siguiente pedido.

Para salirse de nuestro programa que prepara de manera automática los resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Walgreens Mail Service LLC al 1.800.345.1985.

Informe a su farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes de enviarlo.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento incluidos en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente para tratar una afección médica a largo plazo o crónica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar nuestro servicio de pedidos por correo de la red del plan para obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre el servicio de pedidos por correo.

A8. Cómo surtir medicamentos de una farmacia fuera de la red de nuestro plan

Por lo general, solo cubrimos medicamentos surtidos en farmacias que no pertenecen a la red cuando no es posible acceder a una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red ubicadas fuera de nuestra área de servicio, donde usted, como miembro de nuestro plan, puede surtir recetas médicas. En estos casos, hable antes con su coordinador de atención o con Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Nosotros cubrimos las recetas médicas surtidas en una farmacia que no pertenece a la red en los siguientes casos:

- Si el medicamento cubierto por la Parte D está relacionado con la atención por una emergencia médica.
- Si un medicamento particular cubierto por la Parte D (por ejemplo, un medicamento huérfano o un artículo farmacéutico especializado que envía directamente el fabricante o comerciante especial) no se almacena normalmente en farmacias minoristas accesibles o de pedido por correo de la red.
- Si la farmacia de una institución dispensa un medicamento cubierto por la Parte D mientras el paciente está en el Departamento de Emergencias, en una clínica de proveedores, en cirugía para paciente ambulatorio u otro entorno para pacientes ambulatorios.
- Está viajando y su(s) medicamento(s) cubiertos por la Parte D se acaban o se pierden, y no tiene acceso a una farmacia de la red.
- Durante algún desastre declarado a nivel federal o una emergencia de salud pública en la que evacúan o de alguna manera desplazan a una persona inscrita de su lugar de residencia.
- En situaciones de emergencia en las que una persona inscrita no puede usar una farmacia de la red, cubriremos un suministro único para 30 días de medicamentos genéricos. En el caso de los medicamentos de marca, pagaremos un único suministro

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



para 30 días. En estos casos, hable antes con Servicios al Miembro para saber si hay una farmacia de la red cerca.

A9. Reembolso por una receta médica

Si debe acudir a una farmacia que no pertenece a la red, en general pagará el costo total de su receta médica, en lugar del copago. Puede pedirnos un reembolso por la parte del costo que nos corresponde. Es posible que usted tenga que pagar la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y el costo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

Si usted paga el costo total de su receta médica que podría estar cubierta por Medi-Cal Rx, la farmacia podría reembolsarle una vez que Medi-Cal Rx pague la receta médica. De manera alternativa, puede solicitar a Medi-Cal Rx que le reembolse si presenta un reclamo de "Reembolso de Medi-Cal por gastos de bolsillo (Conlan)". Hay más información disponible en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “*Lista de medicamentos*”.

Seleccionamos los medicamentos incluidos en la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* también le informa las reglas a seguir para obtener sus medicamentos.

En general, cubrimos un medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Su plan cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de una farmacia. Otros medicamentos, como algunos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1.800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta sus recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es el que se vende bajo un nombre de marca registrada, propiedad de un fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando hablamos de “medicamentos” podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y normalmente cuestan menos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, es posible que la farmacia lo sustituya por el producto biológico original sin necesidad de una nueva receta médica, así como los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Consulte el **capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la *Lista de medicamentos*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de OTC. Algunos medicamentos de OTC son menos costosos que los medicamentos recetados y son igualmente eficaces. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento está en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan: www.alamedaalliance.org/alliancewellness. La *Lista de medicamentos* que se incluye en nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro para saber si un medicamento figura en nuestra *Lista de medicamentos* o para pedir una copia de la lista.
- Medi-Cal Rx podría cubrir los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Utilice nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.alamedaalliance.org/alliancewellness para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener un costo estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la *Lista de medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro.

B3. Medicamentos no incluidos en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un determinado medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.

En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **capítulo 9**.

Nuestro plan no cubre los tipos de medicamentos descritos en esta sección. A estos se les llama **medicamentos excluidos**. Si tiene una receta médica para un medicamento excluido es posible que deba pagarlo usted. Si considera que nosotros deberíamos cubrir un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede cubrir un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre, de manera gratuita, medicamentos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de nuestros beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle determinado medicamento para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para el tratamiento de la afección. A esto se le llama "uso fuera de lo indicado". En general, nuestro plan no cubre medicamentos recetados para su uso fuera de lo indicado.

Asimismo, por ley, ni Medicare ni Medi-Cal pueden cubrir los tipos de medicamentos mencionados a continuación.

- medicamentos usados para propiciar la fertilidad
- medicamentos usados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado*
- medicamentos usados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor*
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos usados para el tratamiento de la anorexia y para bajar o subir de peso*
- medicamentos para pacientes ambulatorios fabricados por compañías que afirman que solo ellas pueden realizar la pruebas o proporcionar el servicio

* Es posible que Medi-Cal cubra algunos productos seleccionados. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



C. Límites para algunos medicamentos

Para algunos medicamentos se aplican reglas especiales que limitan la manera y en qué casos puede cubrirlos el plan. Normalmente, nuestras reglas fomentan obtener un medicamento que sea seguro y eficiente para tratar su afección médica. Cuando un medicamento seguro de menor costo es igual de eficaz que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el que cuesta menos.

Observe que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos difieren con base en la concentración, la cantidad o forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor, y es posible que se apliquen restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; tableta frente a solución).

Si existe una regla especial sobre su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberá que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos con antelación su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensa que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicite que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que aceptemos o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

1. Aplicación de límites al uso de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

En general, un medicamento genérico y biosimilar intercambiable es tan eficaz como un medicamento de marca o producto biológico original, y normalmente, cuesta menos. Si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias de la red le dan la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- En general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informa las razones médicas por las cuales el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no sería eficaz en su caso, cubriremos el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



2. Cómo obtener la aprobación del plan por anticipado

Para algunos medicamentos, usted o su prescriptor debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta médica. Esto se conoce como autorización previa. Esto se aplica a fin de garantizar la seguridad del medicamento y ayudarle a conocer el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no obtiene la autorización, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios al Miembro al número que está en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/alliancewellness, para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, antes de cubrir medicamentos de mayor costo, queremos que pruebe medicamentos que cuestan menos y son igual de eficaces. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se usan para tratar la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el B, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** es eficaz para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada. Llame a Servicios al Miembro al número que está en la parte inferior de la página o visite nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/alliancewellness, para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar una sola cápsula al día de cierto medicamento, es posible que limitemos cuánto medicamento puede obtener cada vez que surte su receta médica.

Si desea saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener la información más reciente, llame a Servicios al Miembro o consulte nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura con base en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D. Razones por las que es posible que su medicamento no esté cubierto

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted toma. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos la versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos revisado aún su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su prescriptor querrá solicitarnos una excepción.

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea que lo cubramos, usted cuenta con recursos.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando este no está en nuestra *Lista de medicamentos* o si de alguna manera está limitado. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de solicitarnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra *Lista de medicamentos*, o
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*, o
 - ahora está limitado de cierta forma.
2. Debe encontrarse en alguna de estas situaciones:
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es hasta por 30 días.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Si su receta médica es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar un máximo de hasta 30 días de medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
- Las farmacias de los centros de atención médica a largo plazo pueden suministrar su medicamento en pequeñas cantidades cada vez para evitar el desperdicio.
- Ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta médica está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anterior.

D2. Cómo solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios al Miembro.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor tan pronto como sea posible para decidir qué hacer cuando se acabe ese suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que sea eficaz para usted. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudarle a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que sea eficaz para usted.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor nos pueden pedir que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para hacer una excepción, puede ayudarle a solicitar una.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



E. Cambios de cobertura para sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1.º de enero, pero es posible que agreguemos medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* a lo largo del año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir que necesitamos o no una aprobación previa (prior approval, PA) para un medicamento (nuestro permiso antes de que usted pueda recibir un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada para un medicamento (debe probar un medicamento antes de que nosotros cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre las reglas para estos medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más barato que sea tan eficaz como el medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* actual, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento salga del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Para obtener más información sobre qué sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Revisar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea, en www.alamedaalliance.org/alliancewellness, o
- Llamar a Servicios al Miembro, al teléfono que aparece en la parte inferior de la página para revisar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos hacer a la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año actual del plan

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* se realizarán de inmediato. Por ejemplo:

Un nuevo medicamento genérico ya está disponible. En ocasiones, un nuevo medicamento genérico o biosimilar igual de eficaz que el medicamento de marca o el producto biológico original sale al mercado y se incluye en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento será el mismo o más bajo.

- Es posible que no le informemos de este cambio, pero le enviaremos la información sobre el cambio específico que hagamos en el momento en el que suceda.
- Usted o su proveedor puede solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe tomar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que estén fuera del mercado. En ocasiones, se puede determinar que un medicamento es inseguro o se le saca del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos eliminarlo de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si toma el medicamento, le enviaremos un aviso después de que hagamos el cambio.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma.

Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios a nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios podrían ocurrir si:

- La FDA proporciona nueva información o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.

Cuando estos cambios ocurren, nosotros:

- Le informaremos al menos 30 días antes que hagamos el cambio a nuestra *Lista de medicamentos*, o
- Le informaremos y daremos un suministro de 30 días de su medicamento después de que pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico o prescriptor. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si existe un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que pueda tomar en su lugar, o

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Si desea solicitar una excepción a estos cambios y que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

Cambios a la *Lista de medicamentos* que no le afectan a usted durante este año del plan

Es posible que hagamos cambios en los medicamentos que toma que no estén descritos anteriormente y que no le afecten ahora. En el caso de dichos cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **inicio** del año, en general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si sacamos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que usted paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces, el cambio no afecta su uso del medicamento o lo que paga por él el resto del año.

Si alguno de estos cambios afecta a un medicamento que esté tomando (excepto por los cambios descritos en la sección anterior), el cambio no afectará el uso sino hasta el 1.º de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año en curso. Necesitará revisar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista está disponible durante el periodo de inscripción abierta), para saber si hay cambios que le afectarán durante el año siguiente.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada en el que la estadía está cubierta por nuestro plan

Si le internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, en general cubriremos el costo de sus medicamentos durante el tiempo que pase allí. Usted no pagará ningún copago. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros*.

F2. En un centro de atención médica a largo plazo

Generalmente, un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos los residentes.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo, puede obtener sus medicamentos en la farmacia del centro, si es parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención médica a largo plazo forma parte de nuestra red. De no ser así, o si desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro.

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubra porque no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal y su afección. En ese caso, antes de que cubramos el medicamento nuestro plan debe recibir un aviso de su prescriptor o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado.
- Para evitar retrasos para recibir medicamentos no relacionados con el diagnóstico y que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se asegure de que tengamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su receta médica.

Si sale del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve a la farmacia los documentos que confirmen que salió del centro de cuidados paliativos.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que hablan de los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas sobre la seguridad y el manejo de medicamentos

G1. Programas que le ayudan a usar los medicamentos de forma segura

Cada vez que surte una receta médica buscamos posibles problemas, como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- quizá no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que es igual de eficaz
- quizá no sea seguro para su edad o género

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- podrían dañarle si los toma al mismo tiempo
- contengan ingredientes a los que es o podría ser alérgico
- puedan tener un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si encontramos algún problema en el uso de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas que le ayudan a manejar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En esos casos, usted puede ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, mediante un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa les ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos son eficaces para mejorar su salud. Si cumple los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como costos y reacciones a los medicamentos
- cómo tomar mejor sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su receta médica y medicamentos de venta libre

Luego, le daremos:

- un resumen escrito de esta plática El resumen tiene un plan de acción del medicamento que le recomienda lo que usted puede llevar a cabo para hacer el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista de medicamentos personales que incluye todos los medicamentos que toma, así como cuánto, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con el prescriptor sobre su plan de acción y la lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o a la sala de emergencia.

El programa MTM es voluntario y gratuito para los miembros que cumplen los requisitos. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, le inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y le daremos de baja.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención médica.

G3. Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados, así como otros medicamentos de los que se suele abusar. Este programa se llama programa de manejo de medicamentos (drug management program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios prescriptores o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus prescriptores, decidimos que la manera en la que usa sus medicamentos opioides o benzodiazepina recetados podría no ser segura, podemos limitar la forma en la que obtiene esos medicamentos. Si le inscribimos en el DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Solicitarle que surta todas sus recetas médicas para esos medicamentos en cierta(s) farmacia(s).
- Solicitarle que surta todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina con cierto(s) prescriptor(es).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubrimos para usted.

Si planeamos limitar la manera en la que obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos antes una carta. La carta le dirá si limitaremos su cobertura de estos medicamentos o si usted tendrá que obtener recetas médicas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específico.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué prescriptores o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme estos límites.

Si considera que cometimos un error, o no está de acuerdo con nuestra decisión o limitación, usted y su prescriptor pueden hacer una apelación. Si usted apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su apelación en relación

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



con las limitaciones que aplicamos a su acceso a los medicamentos, le enviaremos automáticamente su caso a una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes;
- recibe atención en un centro de atención de enfermos terminales, de cuidados paliativos o de cuidados al final de la vida, o
- vive en un centro de atención médica a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Con “medicamentos,” nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos bajo Medi-Cal Rx, **y**

Dado que usted es elegible para Medi-Cal, obtiene Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le hemos enviado un encarte por separado, denominado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidios para personas de bajos recursos” o la “Cláusula adicional LIS”), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, comuníquese con Servicios al Miembro y pregunte por la “Cláusula adicional LIS”.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que brinda ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados para reducir los costos de la Parte D de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y copagos. El programa de ayuda adicional también se llama “Subsidio para Personas con Bajos Ingresos” o “LIS” (Low-Income Subsidy).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Para saber más sobre los medicamentos, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - A esto le llamamos “*Lista de medicamentos*.” Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite para los medicamentos
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios al Miembro. También puede encontrar el texto más actualizado

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al



1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 160

de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestro sitio web en www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- La mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia están cubiertos por Alameda Alliance Wellness. Otros medicamentos, como algunos de los de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1.800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios mediante nuestro plan.
 - Incluye reglas que usted debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - I utilizar la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan par buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que aparece ahí es un cálculo estimado de los costos de desembolso directo que se espera que usted pague. Puede llamar a nuestro coordinador de atención o a Servicios al Miembro para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para miembros*.

Índice

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (Explanation of Benefits, EOB).....	163
B. Cómo puede ayudar al seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	164

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



C. Etapas de Pagos de Medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare	167
C1. Nuestro plan tiene (1) un nivel de costo compartido	167
C2. Sus opciones de farmacia	167
C3. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	168
C4. Qué paga usted:	168
D. Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial	170
D1. Sus opciones de farmacia	170
D2. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo	170
D3. Qué paga usted:	171
D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	172
E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura Catastrófica	173
F. Sus costos por medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo	173
G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	174
G1. Lo que necesita saber antes de que le apliquen una vacuna.....	174
G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	174



A. La *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits, EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de lo que usted paga cuando surte sus recetas médicas en la farmacia. Damos seguimiento a dos tipos de costos.

- **Sus costos de desembolso directo.** Se trata del monto que usted u otras personas en su nombre, paguen por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que usted paga cuando consigue un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos que hagan sus familiares o amigos, cualquier pago que se haga por sus medicamentos por parte de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de su sindicato o su empleador, Indian Health Service, programas de asistencia con medicamentos para el SIDA, instituciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- **Sus costos totales de medicamentos.** Este es el total de todos los pagos que se hacen por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos por medio de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios* (*Explanation of Benefits, EOB*). Le llamamos la EOB para abreviar. La EOB no es una cuenta. La EOB tiene más información acerca de los medicamentos que usted toma. La EOB incluye:

- **Información del mes.** El resumen señala qué medicamentos obtuvo el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nosotros pagamos y lo que usted u otras personas pagaron por usted.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Se trata del precio total de los medicamentos y los cambios en el precio de los medicamentos desde la primera vez que se surtió por cada reclamo de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Alternativas menos costosas.** Si corresponde, información sobre otros medicamentos disponibles con menores costos compartidos por cada medicamento recetado.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para los costos totales de desembolso directo.
- El plan cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de una farmacia. Otros medicamentos, como algunos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 1.800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo puede ayudar al seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para llevar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Nos puede ayudar de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de ID de miembro.

Presente su tarjeta de ID de miembro cada vez que surta una receta médica. Esto nos ayuda a saber qué recetas médicas surte y lo que paga.

2. Asegúrese de proporcionarnos la información que necesitamos.

Puede pedirnos un reembolso por la parte del costo del medicamento que nos corresponde. Puede enviar copias de sus recibos a la dirección postal:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Member Services
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

A continuación, encontrará algunos ejemplos de cuando debe darnos copias de sus recibos:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando realice un copago por los medicamentos que obtiene conforme al programa de asistencia al paciente de un fabricante
- Cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia que no pertenece a la red
- Cuando pague el precio completo por un medicamento recetado bajo circunstancias especiales

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hagan por usted.

Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también entran en sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, los Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses y la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan en sus costos de desembolso directo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando usted llega a la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare el resto del año.

4. Revise las EOBs que le enviamos.

Cuando usted reciba un EOB por correo, asegúrese de que esté completa y correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Compró los medicamentos ese día?
- **¿Compró los medicamentos que se mencionan?** ¿Concuerdan con los que aparecen en sus recibos? ¿Estos medicamentos concuerdan con los que le recetó su médico?

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece estar bien en la EOB, llámenos al Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



¿Qué hay de los posibles fraudes?

Si este resumen muestra medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a esos números sin costo.
- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal ha cometido fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlo llamando al número de línea gratuita confidencial 1-800-822-6222. Puede encontrar otros métodos para denunciar un fraude a Medi-Cal en:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si considera que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro. Conserve estas EOBs. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare conforme a nuestro plan. El monto que pague por cada medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir sus recetas médicas. Éstas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura Catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. La parte que le corresponde se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comenzará esta etapa cuando haya pagado un monto establecido de costos de desembolso directo.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* se encuentran en en uno de un (1) nivel de costo compartido. Para encontrar el nivel de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

El monto que usted paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia que no pertenece a la red. Cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red en algunos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- El servicio de farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para saber cómo presentar una apelación si le dicen que no se cubrirá un medicamento. Para saber más sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (/) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



C3. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos recetados, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que el suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C4. Qué paga usted:

Usted puede realizar un copago cuando surta una receta médica. Si sus costos de medicamentos cubiertos con menores al copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al Miembro para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

El plan cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene de una farmacia. Otros medicamentos, como algunos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicios al Miembro de Medi-Cal Rx al 800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal cuando surta recetas médicas a través de Medi-Cal Rx.

La parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado de:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de un centro de atención a largo plazo de la red	Una farmacia que no pertenece a la red.
	Un suministro de un mes o de hasta 30 días	Un suministro de un mes o de hasta 90 días.	Un suministro para hasta 31 días	Un suministro para hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costo compartido Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) El copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional. Si no recibe 'Ayuda Adicional' usted pagará el \$25 del costo total del medicamento.	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) el copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional. Si no recibe 'Ayuda Adicional' usted pagará el \$25 del costo total del medicamento.	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) el copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional. Si no recibe 'Ayuda Adicional' usted pagará el \$25 del costo total del medicamento.	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) el copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional. Si no recibe 'Ayuda Adicional' usted pagará el \$25 del costo total del medicamento.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D. Etapa 1: La Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la parte que le corresponde. La parte que le corresponde se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en que se encuentre el medicamento y dónde lo compró.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se encuentran en uno de un (1) nivel de costo compartido. Para encontrar el nivel de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Los medicamentos del Nivel 1 tienen el menor copago. El copago por medicamentos genéricos es de \$0 a \$5.10, dependiendo de sus ingresos. El copago por medicamentos de marca y otros medicamentos es de \$0 a \$12.65, dependiendo de sus ingresos.

D1. Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si usted lo obtiene en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red. Cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red en algunos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para saber cuándo lo hacemos.
- El servicio de farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para saber más sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Obtener un suministro de un medicamento a largo plazo

En el caso de algunos medicamentos recetados, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que el suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



D3. Qué paga usted:

Durante la Etapa de cobertura inicial, usted puede realizar un copago cada vez que surta una receta médica. Si sus costos de medicamentos cubiertos son menores al copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios al Miembro para saber cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

La parte que le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento recetado de:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan	Una farmacia de un centro de atención a largo plazo de la red	Una farmacia que no pertenece a la red.
	Un suministro de un mes o de hasta 90 días.	Un suministro de un mes o de hasta 90 días.	Un suministro para hasta 31 días	Un suministro para hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual para Miembros</i> para obtener más detalles.
Costos Compartidos Nivel 1 (Todos los medicamentos de la Parte D)	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) El copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) El copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) El copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional	\$0/\$1.60/\$5.10 (Genérico) \$0/\$4.90/\$12.65 (De marca/todos los demás medicamentos) El copago por receta médica depende de su nivel de Ayuda Adicional

Para obtener información sobre qué farmacias pueden darle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando sus costos de desembolso directo totales llegan a \$2,100. En ese punto, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta que termina el año.

Ofrecemos otros medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no se considerarán para los costos de desembolso directo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Su EOB le ayuda a dar seguimiento a cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informamos si llega al límite de \$2,100. Muchas personas no llegan a ese límite en el año.

E. Etapa 2: La Etapa de Cobertura Catastrófica

Cuando llegue al límite de \$2,100 de desembolso directo por sus medicamentos, empieza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Usted permanece en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Sus costos por medicamentos si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo

Normalmente, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar menos de un mes de suministro de medicamentos.

- Puede haber ocasiones en las que usted deseará pedir a su médico que le haga una receta para un suministro de un medicamento de menos de un mes (por ejemplo, cuando usted está probando por primera vez un medicamento).
- Si su médico acepta, usted no paga el suministro para todo el mes de algunos medicamentos.

Cuando obtenga un suministro para menos de un mes de su medicamento, el monto que paga se basa en el número de días del medicamento que obtenga. Calculamos la cantidad que usted paga por día por su medicamento (la "tarifa diaria de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que obtiene.

- Por ejemplo, digamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por cada día de su medicamento es menos de \$0.05. Si obtiene un suministro de medicamento para 7 días, su pago por cada día es menos de \$0.05, multiplicado por 7 días, por un pago total menor de \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de pagar por un suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro para menos de un mes de un medicamento para ayudarle:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Mejor planee cuándo surtir sus recetas.
- Coordine los suministros con otros medicamentos que tome, y
- Haga menos viajes a la farmacia.

G. Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas listadas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para conocer detalles sobre la cobertura y el costo compartido sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare se divide en dos partes:

1. La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es por el costo de **la aplicación de la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le aplica un médico.

G1. Lo que necesita saber antes de que le apliquen una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicios al Miembro si piensa recibir una vacuna.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
- Podemos decirle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias de la red. Los proveedores y las farmacias de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que no tenga costos por adelantado por las vacunas de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué le están vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas se cubren sin costo para usted. Para saber sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de Beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Probablemente deba realizar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna se recomienda para adultos por una organización llamada el **Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** la vacuna no tendrá costo para usted.

A continuación, le presentamos tres maneras comunes en las que puede aplicarse una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted se aplica la vacuna de la Parte D de Medicare y su inyección en una farmacia de la red.
 - En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
 - En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted realiza un copago por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted realiza un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la inyección.
 - El consultorio de su médico le debe llamar a nuestro plan en esta situación para poder asegurarnos de que sean que usted sólo debe realizar un copago por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia, y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - En el caso de otras vacunas de la Parte D, usted realiza un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 7: Solicitar que paguemos la parte que nos corresponde de una cuenta que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

En este capítulo se explica cómo y cuándo enviarnos una cuenta para solicitar el pago. También le indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Índice

A. Solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos.....	175
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	179
C. Decisiones relacionadas con la cobertura.....	180
D. Apelaciones.....	181

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

No debería recibir ninguna cuenta por los servicios o medicamentos dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan los servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Alameda Alliance Wellness le cobren por estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una cuenta por atención médica o medicamentos, no la pague y envíenlosla.

Para enviarnos una cuenta, consulte el **Capítulo 7, Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó, tiene derecho a que se le reembolse el dinero.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
- Si pagó por servicios que ya recibió, es posible que califique para un reembolso (la devolución de su dinero) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es un servicio cubierto por Medi-Cal que nosotros somos responsables de pagar. No le reembolsaremos ningún servicio que no esté cubierto por Alameda Alliance Wellness.
 - Usted recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de Alameda Alliance Wellness.
 - Solicita el reembolso en el plazo de un año a partir de la fecha en la que recibió el servicio cubierto.
 - Presenta una prueba de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un proveedor afiliado de Medi-Cal en la red de Alameda Alliance Wellness. No es necesario que cumpla esta condición si recibió atención de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita realizar a proveedores fuera

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



de la red sin aprobación previa (autorización previa).

- Si el servicio cubierto requiere normalmente una aprobación previa (autorización previa), deberá presentar una prueba del proveedor que muestre la necesidad médica del servicio cubierto.
- Alameda Alliance Wellness le comunicará en una carta llamada Aviso de acción (Notice of Action, NOA) si le reembolsará. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal le debe devolver el monto íntegro que pagó. Si el proveedor se rehúsa a realizar el reembolso, Alameda Alliance Wellness le devolverá el monto íntegro que usted pagó. Le reembolsaremos el monto dentro de los 45 días hábiles siguientes a la recepción del reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en la red de Alliance y se niega a hacer el reembolso, Alameda Alliance Wellness lo hará, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal de honorarios por servicios. Alameda Alliance Wellness le reembolsará el monto total de su desembolso directo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar, u otro servicio que los proveedores fuera de la red realicen sin autorización previa y que Medi-Cal permita. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos su dinero.
- No le reembolsaremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no cubre Medi-Cal, como servicios cosméticos.
 - El servicio no está cubierto por Alameda Alliance Wellness.
 - Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario en el que indicaba que deseaba recibir la atención de todos modos y que pagaría los servicios usted mismo(a).
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo comunicaremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro o con su coordinador de atención médica. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe cuentas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Algunos ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos solicite un reembolso o que paguemos una cuenta que recibió incluyen:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos envíe la cuenta.

- Si paga el importe total cuando reciba la atención médica, solicítenos que se lo reembolsemos. Envíenos la cuenta y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una cuenta del proveedor solicitándole un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la cuenta y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si pagó por el servicio cubierto por Medicare, le reembolsaremos el dinero.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una cuenta

Los proveedores de la red siempre deben enviarnos la cuenta. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por los servicios o más de lo que le corresponde. **Si recibe alguna cuenta, llame a Servicios al Miembro o a su coordinador de atención al número que aparece al final de esta página.**

- Como nosotros pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ninguno. Los proveedores no deben cobrarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una cuenta de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.
- Si ya pagó una cuenta de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la cuenta y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan de forma retroactiva.

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Puede que incluso haya sido el año pasado).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Si se inscribió de manera retroactiva y pagó una cuenta después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero.
- Envíenos la cuenta y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando utiliza una farmacia que no pertenece a la red para surtir una receta médica

Si utiliza una farmacia que no pertenece a la red, pagará el costo total de su receta médica.

- Cubrimos las recetas médicas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red únicamente en algunos casos. Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Para obtener más información sobre las farmacias que no pertenecen a la red, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros*.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare porque no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta usted mismo o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta médica.

6. Cuando paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Es posible que el medicamento no se encuentre en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted desconoce o cree que no se aplica en su caso. Si decide comprar el medicamento, posiblemente deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta medicamentos consideran que necesita el medicamento de inmediato (en un plazo de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otro profesional que le recetó el medicamento para reembolsarle el costo del mismo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta médica.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento se debe cubrir. Esto se conoce como tomar una “decisión relacionada con la cobertura”. Si decidimos que se debe cubrir el servicio o el medicamento, lo pagamos.

Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su cuenta y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare o llámenos. La prueba de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es recomendable hacer copias de su cuenta y de los recibos para sus registros.** Puede pedir ayuda a su coordinador de atención médica. Podemos reembolsar a los miembros los gastos de desembolso directo por recetas médicas cubiertas en un plazo de un (1) año a partir de la fecha del servicio. Envíe una carta en la que solicite el reembolso acompañada de un recibo detallado de la farmacia, que incluya lo siguiente:

- Nombre del paciente
- Fecha de servicio

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Nombre del medicamento
- Número del código nacional del medicamento
- Número de receta médica
- Cantidad
- Días de suministro
- Monto de la solicitud en dólares

Nota: No envíe solo un recibo de caja registradora para el reembolso, ya que no contiene suficiente información para evaluar el reembolso.

- Por ley, los medicamentos recetados que se surten fuera de los Estados Unidos no son elegibles para reembolso conforme al programa Medicare Parte D.

Envíe su solicitud de pago de medicamentos junto con las cuentas o los recibos a esta dirección:

PerformRx/Alameda Alliance Wellness
PO Box 516
Essington, PA 19029

Envíe su solicitud de pago médico junto con las cuentas o los recibos a esta dirección:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Grievance and Appeals
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

También puede llamarnos para solicitar el pago. Puede ponerse en contacto con Alameda Alliance Wellness llamando al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

C. Decisiones relacionadas con la cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que nosotros decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hubiera, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de su parte.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP

(1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información,** visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo un cheque por el importe que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si adquirió un medicamento en una farmacia que no pertenece a la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El capítulo 3 de este *Manual para Miembros* explica las reglas para obtener cobertura de sus servicios. **El capítulo 5** de este *Manual para Miembros* explica las reglas para obtener cobertura para los medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar el servicio o el medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones relacionadas con la cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama "presentar una apelación". También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*.

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección F**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para miembros*.

Índice

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	183
B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	184
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (protected health information, PHI)	185
C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos.....	187
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	188
E. Imposibilidad de los proveedores de red de facturarle directamente	189
F. Su derecho a cancelar nuestro plan	189
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	189
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones	190
G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo(a)	190
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	192
H. Su derecho de presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado.....	192
H1. Qué hacer ante un trato injusto u obtener más información sobre sus derechos	192
I. Sus responsabilidades como miembro del plan.....	193

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness. 182

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de manera culturalmente competente y accesible, incluso a aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día. No es necesario que recurra a un familiar o amigo como intérprete. No aconsejamos el uso de menores de edad como intérpretes a menos que sea una emergencia. Para acceder a los servicios de interpretación, llame a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además del inglés, como español, chino, vietnamita, tagalo y farsi y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Miembro o escriba a:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Member Services
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

- Puede solicitar que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. A esto se le llama solicitud permanente. Para obtener este documento en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, llame a Servicios al Miembro 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Servicios al Miembro conservará su idioma y formato preferidos en archivo para futuras comunicaciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Para hacer cualquier actualización sobre sus preferencias, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Para obtener más información sobre los servicios en su idioma o formato de preferencia, consulte el **Capítulo 11** de este *Manual para miembros*.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de garantizar su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derechos.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual para miembros*.
- Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios al Miembro, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de una remisión. Una remisión es la autorización de su PCP para acudir a un proveedor que no sea su PCP.
- Tiene derecho a recibir los servicios cubiertos por los proveedores de la red en un plazo razonable.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Esto incluye el derecho a obtener oportunamente servicios de especialistas.
- Si no puede obtener los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención médica que se necesite con urgencia sin aprobación previa (prior approval, PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas esperas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros*.
- Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, tendrá derecho a conservar sus proveedores actuales y autorizaciones de servicios durante un máximo de 12 meses si se cumplen determinadas condiciones. Para obtener más información sobre cómo conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el **Capítulo 1** de este *Manual para miembros*.
- Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su cuidado de la salud con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El Capítulo 9 de este *Manual para miembros* explica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También le informa sobre lo que puede hacer si rechazamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (protected health information, PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y al control del uso que se hace de su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina "Aviso sobre prácticas de privacidad".

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios sensibles no tienen la obligación de obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios sensibles o para presentar una reclamación por servicios sensibles. Alameda Alliance Wellness dirigirá las comunicaciones relacionadas con servicios sensibles a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono alternativos designados por el miembro o, en ausencia de una designación, en nombre del miembro a la dirección o al número de teléfono registrados. Alameda Alliance Wellness no divulgará información médica relacionada con servicios sensibles a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe la atención. Alameda Alliance Wellness atenderá las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente producible en la forma y el formato solicitados, o en lugares alternativos. La solicitud de comunicaciones confidenciales de un miembro relacionada con servicios sensibles será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales (privadas), debe completar y enviar el formulario que está disponible en nuestro sitio web en [www://alamedaalliance.org/members/member-forms](http://www.alamedaalliance.org/members/member-forms). Puede enviar el formulario por correo postal, fax o correo electrónico a:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Member Services – Privacy Preferences
1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

Fax: 1.877.747.4504

Correo electrónico: AAWMemberSupport@alamedaalliance.org

Si necesita ayuda para realizar una solicitud de comunicaciones confidenciales, comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono en su tarjeta de identificación.

C1. Cómo protegemos su PHI

Tomamos medidas para garantizar que ninguna persona no autorizada acceda o modifique sus registros.

Salvo en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a nadie que no le preste atención médica ni pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones en su nombre, puede dar su permiso por escrito.

En ocasiones, no necesitamos obtener su permiso por escrito previamente. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención de nuestro plan.
- Podemos divulgar la PHI si así lo ordena un tribunal, pero solo si lo permite la legislación de California.
- Debemos proporcionar su PHI a Medicare. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, lo hace de conformidad con las leyes federales. Si tiene cobertura doble de Medicare y Medi-Cal, para brindarle un mejor servicio y mejorar su atención médica, es posible que le proporcionemos su información de salud a Medi-Cal. Si Medi-Cal divulga o utiliza su información, lo hará de conformidad con las leyes federales. Cuando lo exija la ley, cuando nuestros socios comerciales trabajen con nosotros, también deberán proteger la privacidad de cualquier información de salud protegida (protected health information, PHI) que compartamos con ellos y no podrán revelar dicha información a terceros, salvo en los casos permitidos por la ley y por este aviso.

Cuando compartimos información con Medi-Cal para la coordinación de la atención, la supervisión del programa o con fines normativos, también tiene derecho a solicitarnos que no compartamos cierta información y a pedir un registro de cuándo y con quién hemos compartido su PHI. Para obtener más detalles sobre sus derechos y nuestras responsabilidades, consulte su Aviso de prácticas de privacidad.

C2. Su derecho a consultar sus expedientes médicos

- Tiene derecho a ver su expediente médico y a obtener una copia del mismo. Alameda Alliance Wellness no conserva los expedientes médicos de su proveedor. Si desea revisar u obtener copias de sus registros clínicos, comuníquese directamente con su proveedor de atención médica. Si necesita ayuda para revisar u obtener sus registros, comuníquese con nosotros llamando a Servicios al Miembro al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.
- Tiene derecho a solicitar actualizaciones o correcciones en su expediente médico. Para ello, comuníquese directamente con su proveedor. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para determinar si es necesario realizar cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, puede llamar a Servicios al Miembro para hablar sobre ello o solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a sus preguntas sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios al Miembro. Este servicio es gratuito para usted. Puede obtener material para miembros de forma gratuita en otros idiomas, como español, chino, vietnamita, tagalo y farsi. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea obtener información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios al Miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluyendo:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo cancelar nuestro plan
- Nuestros proveedores de red y nuestras farmacias de red, incluyendo:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - acreditaciones de nuestros proveedores y farmacias de red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluyendo:
 - servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*) y medicamentos (consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*) cubiertos por nuestro plan

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- límites de su cobertura y medicamentos
- normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para miembros*), incluyendo solicitarnos:
 - explicar por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una cuenta que recibió

E. Imposibilidad de los proveedores de red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle la diferencia ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para miembros*.

F. Su derecho a cancelar nuestro plan

Nadie puede obligarle a seguir con nuestro plan si no quiere.

- Tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual para Miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos recetados.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Medi-Cal si cancela nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Tiene derecho a que sus médicos y demás proveedores de atención médica le brinden información completa cuando reciba atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo que pueda existir. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Pedir una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja lo contrario. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó la atención que usted considera que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le hayamos negado o que normalmente no cubrimos.** Esto se conoce como tomar una decisión relacionada con la cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica cómo puede solicitarnos una decisión relacionada con la cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo(a)

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le pase, puede:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Completar un formulario por escrito en el que **otorgue a alguien el derecho a tomar decisiones por usted sobre su atención médica** en caso de que usted no pueda hacerlo por sí mismo(a).
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que procedan con su atención médica, si usted no se encontrara en condiciones de tomar decisiones por sí mismo(a), incluyendo la atención que **no** desea recibir.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama "instrucción anticipada". Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y distintos nombres para identificarlas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

No es obligatorio tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formato a través de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas papelerías. Las farmacias y los consultorios médicos suelen tener los formatos. Puede encontrar un formato gratuito en línea y descargarlo. También puede ponerse en contacto con Servicios al Miembro para solicitar el formato.
- **Llene el formato y fírmelo.** El formato es un documento legal. Considere la posibilidad de pedirle a un abogado o a alguien de su confianza, como un familiar o su PCP, que le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deban estar al tanto.** Entregue una copia del formato a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.
- Si lo hospitalizan y tiene una instrucción anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formato de instrucción anticipada firmado y si lo lleva consigo.
 - Si no lo ha hecho, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Pedir que se incluya su instrucción anticipada en sus expedientes médicos.
- Cambiar o cancelar su instrucción anticipada en cualquier momento.
- Saber acerca de los cambios a las leyes sobre la instrucción anticipada. Alameda Alliance Wellness le informará sobre cambios en la ley estatal a más tardar en 90 días a partir del cambio.

De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarle en función de haber firmado un formato de instrucción anticipada. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que en ella se indican, puede presentar una queja ante Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de California) al 1.877.588.1123 (TTY: 711).

H. Su derecho de presentar quejas y de pedirnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

El capítulo 9 de este *Manual para miembros* le informa qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos tomar una decisión relacionada con su cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de ese tipo o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Para obtener esta información, llame a Servicios al Miembro.

H1. Qué hacer ante un trato injusto u obtener más información sobre sus derechos

Si considera que le tratamos de manera injusta, y **no** se trata de discriminación por los motivos indicados en el **Capítulo 11** de este *Manual para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Servicios al Miembro.
- El Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) al 1.800.434.0222 Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el **Capítulo 2** (Números de teléfono y recursos importantes).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- El Mediador de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** (Números de teléfono y recursos importantes).

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar "Derechos y protecciones de Medicare", que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Lea este *Manual para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre:
 - Servicios cubiertos, consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para miembros*. En esos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas hay que seguir y qué hay que pagar.
 - Servicios cubiertos, consulte los **capítulos 5 y 6** de este *Manual para miembros*.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al Miembro si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Deles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye los medicamentos recetados, los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabaje con su coordinador de atención médica**, lo que incluye completar una evaluación anual de riesgos para la salud.
- **Sea considerado(a)**. Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en otros consultorios de proveedores.
- **Pague lo que deba**. Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Alameda Alliance Wellness, Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - En el caso de algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando los reciba. Este será un copago (monto fijo). **El capítulo 6** explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Infórmenos si se muda**. Si planea mudarse, avísenos de inmediato. Llame a su coordinador de atención médica o a Servicios al Miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **El Capítulo 1** de este *Manual para miembros* le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Cuando se mude, comunique su nueva dirección a Medicare y Medi-Cal. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
- **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, aún así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda, informe a la Seguridad Social (Junta de Jubilación para Ferroviarios).**
- **Avísenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor forma de ponernos en contacto con usted.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a su coordinador o Servicios al miembro para recibir ayuda.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones relacionadas con la cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo tiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para conocer qué debe hacer si:

- Tiene un problema o queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan se niega a cubrir.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención.
- Cree que sus servicios cubiertos van a terminar demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y apoyos a largo plazo, que incluyen los Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS) y los servicios del centro de enfermería (Nursing Facility, NF).

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y los apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención médica, puede llamar al Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.**

Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para distintos problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Mediador para que le ayude a resolver su problema.

Para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con él, consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para Miembros*.

Índice

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	197
A1. Sobre los términos legales	197
B. Dónde obtener ayuda.....	197

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



B1. Para obtener más información y ayuda	197
C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan.....	199
D. Problemas con sus beneficios	199
E. Decisiones relacionadas con la cobertura y las apelaciones	200
E1. Decisiones relacionadas con la cobertura	200
E2. Apelaciones	201
E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones relacionadas con la cobertura	201
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?.....	203
F. Atención médica.....	203
F1. Cómo usar esta sección	203
F2. Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura	204
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	206
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	210
F5. Problemas con el pago.....	217
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	218
G1. Apelaciones y decisiones relacionadas con la cobertura de la Parte D de Medicare.....	219
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	220
G3. Cosas que debe saber sobre cómo solicitar una excepción.....	222
G4. Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura, incluida una excepción	222
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	225
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	228
H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en el hospital	230
H1. Conozca sus derechos de Medicare	230
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	231

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 195

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	234
I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos	235
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	235
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	235
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	237
J. Llevar su apelación al tercer nivel y más allá	238
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	238
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	240
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	240
K. Cómo presentar una queja	241
K1. Qué tipos de problemas deberían ser motivo de queja	241
K2. Quejas internas	243
K3. Quejas externas	245

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP
 (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 196

A. Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo tratar los problemas y las inquietudes. El proceso que usted utilice dependerá del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamos).

A fin de garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos respetar.

A1. Sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que, cuando podemos, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. En la medida de lo posible, evitamos el uso de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”
- “Organización de Revisión Independiente” (Independent Review Organization, IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

En algunas ocasiones, es confuso iniciar o llevar a cabo el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o no tiene la energía suficiente. Otras veces, es posible que no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 197

Ayuda del Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos

Puede llamar al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los consejeros del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con respecto a su problema. El HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal

Puede llamar al Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas relacionadas con la cobertura médica. Es posible que puedan ofrecerle ayuda legal gratuita. El Programa del Mediador no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número de teléfono es el 1-888-452-8609 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse a Medicare. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Ayuda del Departamento de Servicios de Atención Médica de California

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

Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California

Comuníquese con el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California para obtener ayuda gratuita. El DMHC es responsable de supervisar los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhc.ca.gov.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 198

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene un reclamo en contra de su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767)** y utilizar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no anula ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su disposición. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya quedado sin resolver durante más de 30 días. Es posible que también reúna los requisitos para una Evaluación Médica Independiente (IMR). Si resulta elegible para una IMR, el procedimiento de la IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que el plan de salud tomó relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos con fines experimentales o de investigación y disputas relacionadas con el pago de servicios de emergencia o de urgencia. El departamento también cuenta con una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas que no puedan oír o hablar bien. El sitio web del departamento, www.dmh.ca.gov, tiene formularios de quejas, solicitudes para IMR e instrucciones en línea.

C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de atención médica administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 199

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura? Esto incluye problemas sobre si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas sobre el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E , “Apelaciones y decisiones relacionadas con la cobertura”.	No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones relacionadas con la cobertura y las apelaciones

El proceso para solicitar decisiones relacionadas con la cobertura y presentar apelaciones trata con los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica.

E1. Decisiones relacionadas con la cobertura

Una decisión relacionada con la cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión relacionada con la cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedir que tomemos una decisión relacionada con su cobertura.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión relacionada con la cobertura, puede presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 200

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión relacionada con la cobertura que no le satisface, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos la decisión relacionada con la cobertura que tomamos.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, a esto se le llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos nuestra decisión relacionada con la cobertura para verificar si cumplimos con todas las reglas como es debido. Su apelación será tratada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

En la mayoría de los casos, debe iniciar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso y necesita una decisión más rápida, puede solicitar una Revisión Médica IMR al Departamento de Atención Administrada de la Salud en www.dmh.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo (consulte la **Sección F2**), puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o “rápida” o una “apelación rápida” de una decisión relacionada con la cobertura.

Si decimos **No** a alguna parte o a todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta. Si su problema está relacionado con la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por niveles de apelación adicionales.

E3. Ayuda con las apelaciones y decisiones relacionadas con la cobertura

Puede solicitar ayuda a cualquiera de los siguientes organismos:

- **Servicios al Miembro** en los números que aparecen al final de la página.
- **Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 201

- **El Centro de Ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)** para obtener ayuda sin costo. El DMHC ayuda a las personas con apelaciones sobre servicios de Medi-Cal o problemas de facturación. El número de teléfono es el 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar el número gratuito TDD, 1-877-688-9891. También puede visitar el sitio web del DMHC en www.dmhca.gov. Si bien el DMHC puede ayudar a las personas en planes Medi-Cal administrados, no puede ayudar a las personas en planes Medicare únicamente y en los siguientes sistemas de salud organizados por el condado (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health y CalOptima. El gobierno federal regula Medicare, los planes y el Departamento de Servicios de Atención Médica regula los planes COHS.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión relacionada con la cobertura o presentar una apelación a su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre, como su “representante”, para solicitar una decisión relacionada con la cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Si califica, algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa del Mediador de Medicare y Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario “Designación de Representante”. También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 202

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones relacionadas con la cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Le proporcionamos detalles de cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F:** “Atención médica”
- **Sección G:** “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H:** “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en el hospital”
- **Sección I:** “Cómo solicitar que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos” (Esta sección se aplica solo a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen en la parte inferior de la página. Consulte la Sección C del Capítulo 2 para obtener más información.

F. Atención médica

En esta sección se explica qué debe hacer si tiene problemas para recibir la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo de su atención que nos corresponde. Para obtener información sobre cómo solicitar una estadía más larga en el hospital, consulte la **Sección H**.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* en el cuadro de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando esto ocurre, explicamos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

1. Piensa que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la recibe.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión relacionada con la cobertura. Consulte la **Sección F2**.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 203

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Recibió atención médica que piensa que cubrimos, pero no la pagamos.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que pensó que cubríamos y ahora quiere que le reembolsemos el dinero.

Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Hemos reducido o suspendido su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para cuidado hospitalario, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican reglas especiales. Para obtener más información, consulte la **Sección H** o la **Sección I**.
- Para todas las demás situaciones que impliquen reducir o suspender su cobertura para cierta atención médica, use esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando retrasos en la atención o no puede encontrar un médico.

Qué puede hacer: Puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2. Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura

Cuando una decisión relacionada con la cobertura tenga implicaciones en su atención médica, se denomina una **determinación de organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión relacionada con la cobertura:

- llamando al: 1.855.891.9161, TTY: 1.800.735.2929.
- enviando un fax al: 1.855.891.7174.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 204

- por escrito a: Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502.

Decisión de cobertura estándar

Para darle a conocer nuestra decisión, usamos los plazos “estándares”, a menos que acordemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en:

- **5 días hábiles** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **5 días hábiles** y a más tardar **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare.**

Decisión rápida de cobertura

El término legal para la decisión rápida de cobertura es **determinación acelerada.**

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica que requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta sobre:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar los plazos estándares podría **implicar daños graves a su salud** o perjudicar su capacidad de funcionar.

Le brindamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico nos dice que su salud la requiere. Si usted la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 205

- Si determinamos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para explicarle las razones y usaremos los plazos estándares. La carta le informará:
 - Le brindamos automáticamente una decisión rápida de cobertura si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida de cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si decimos No a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen:

- Si la solicitud no está completa;
- si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo. A esta revisión se le conoce como apelación. Hablaremos sobre las apelaciones en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929 y a la Línea de Retransmisión de California al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 206

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al 1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929 y a la Línea de Retransmisión de California al 711.

- Si su médico u otro médico que le receta medicamentos le solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si otra persona que no sea su médico realiza la apelación por usted, incluya un formulario de Designación de Representante que autorice a esta persona a representarle. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes del plazo establecido para tomar una decisión sobre su apelación:
 - rechazaremos su solicitud, y
 - le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no la presenta en el plazo establecido y tuvo una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son haber padecido una enfermedad grave o haber recibido información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que presenta su apelación fuera de plazo cuando la presente.
- Tiene derecho a pedirnos que le demos una copia sin costo de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden enviarnos más información para fundamentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 207

Le brindamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si usted la solicita sin el apoyo de su médico, nosotros decidimos si obtiene una apelación rápida.

- Si determinamos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta para explicarle las razones y usaremos los plazos estándares. La carta le informará:
 - Le brindamos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le notificaremos antes de tomar las medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá sin cambios todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de la apelación).
 - Si no presenta la apelación antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud para obtener cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 208

- Si es necesario, reunimos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más datos.

Estos son los plazos para las apelaciones rápidas.

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Le responderemos más rápido si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, le informaremos acerca de esta organización y le explicaremos el proceso del Nivel 2 de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted mismo puede presentar una Audiencia Estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una audiencia estatal se denomina Audiencia Estatal. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la sección Audiencia Estatal en este Manual para Miembros, según corresponda.
- **Si decimos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **Si decimos No a una parte o a la totalidad de su solicitud**, enviaremos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Estos son los plazos para las apelaciones estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Más adelante en este capítulo, le informaremos acerca de esta organización y le explicaremos el proceso del Nivel 2 de apelaciones. Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, usted

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 209

mismo puede presentar una Audiencia Estatal de Nivel 2 ante el estado tan pronto como se acabe el tiempo. En California, una audiencia estatal se denomina Audiencia Estatal. Para presentar una Audiencia Estatal, consulte la sección Audiencia Estatal en este Manual para Miembros, según corresponda.

Si decimos Sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación, o tan rápido como su condición de salud lo requiera y dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos nuestra decisión, o dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su apelación si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos **No** a alguna parte o a todo lo que usted pidió, le enviaremos una carta.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le informa si Medicare, Medi-Cal o ambos programas generalmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medicare** cubre normalmente, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **Medi-Cal** cubre normalmente, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Las cartas le indican cómo realizar este proceso. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente recibirá una Apelación de Nivel

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 210

2 ante la IRO. Además de la Apelación de Nivel 2 automática, también puede solicitar una Audiencia Estatal y una Evaluación Médica Independiente con el estado. Sin embargo, la Evaluación Médica Independiente no estará disponible si ya presentó evidencia en una Audiencia Estatal.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo está cubierto por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de Apelaciones de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema está relacionado con un servicio que normalmente solo está cubierto por Medi-Cal, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente cubre Medicare

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente**, llamada en ocasiones **IRE** (Independent Review Entity).

- Esta organización no tiene conexión con nosotros ni es una agencia del gobierno. Medicare eligió a la empresa para que fuera la IRO y supervisa su trabajo.
- Le enviamos la información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia sin costo del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionar más información a la IRO para sustentar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 211



una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su apelación.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si la IRO le da su respuesta por escrito y le explica las razones.

- **Si la IRO dice Sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos implementar la decisión rápidamente:
 - autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas**, o
 - proporcionar el servicio dentro de los **5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
 - proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** posteriores a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar**, o
 - **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO responde que No a parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se le llama “confirmación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 212

- Si su caso reúne los requisitos, puede optar por llevar su apelación al siguiente nivel.
- Existen tres niveles más en el proceso de apelación, después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles.
- Si se rechaza su Apelación del Nivel 2 y usted reúne los requisitos para continuar en el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo se incluyen en el aviso por escrito que recibe después de la Apelación del Nivel 2.
- Un juez de leyes administrativas (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente cubre Medi-Cal

Hay dos maneras de presentar una Apelación de Nivel 2 para servicios y artículos de Medi-Cal: (1) Presentar una queja o Evaluación Médica Independiente o (2) Audiencia Estatal.

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

Puede presentar una queja o solicitar una Evaluación Médica Independiente (IMR) en el Centro de Ayuda del DMHC. Al presentar una queja, el DMHC revisará nuestra decisión. El DMHC realizará su propia investigación de su queja o decidirá si el caso califica para la IMR. Es posible que haya una IMR disponible para cualquier servicio o artículo cubierto por Medi-Cal que sea de naturaleza médica. Una IMR es una evaluación de su caso que realizan expertos que no son parte de nuestro plan o parte del DMHC. Si la IMR se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. Usted no paga el costo de una IMR.

Puede presentar una queja o solicitar una IMR si nuestro plan:

- Niega, cambia o retrasa un servicio o tratamiento de Medi-Cal porque nuestro plan determina que no es médicamente necesario.
- No quiere cubrir un tratamiento experimental o en investigación de Medi-Cal para una afección médica grave.
- Disputa sobre si un servicio o procedimiento quirúrgico fue de naturaleza cosmética o reconstructiva.
- No pagará por servicios de emergencia o urgencia de Medi-Cal que usted ya recibió.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 213

- No ha resuelto su Apelación de Nivel 1 sobre un servicio de Medi-Cal dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas, o antes, si su salud lo requiere, para una apelación rápida.

En la mayoría de los casos, debe presentar una apelación ante nosotros antes de solicitar una IMR. Consulte la **Sección F3** para obtener más información sobre nuestro proceso de apelación de Nivel 1. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una queja ante el DMHC o solicitar una IMR en el Centro de Ayuda del DMHC.

NOTA: Si su proveedor presentó una apelación por usted, pero no recibimos su formulario de Designación de Representante, deberá volver a presentar su apelación con nosotros antes de poder solicitar una IMR de Nivel 2 ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud, a menos que su apelación involucre una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Puede solicitar una IMR y una Audiencia Estatal, pero no se le permite acudir a la IMR si ya ha presentado pruebas en una Audiencia Estatal o ha tenido una Audiencia Estatal sobre el mismo tema.

Si se negó su tratamiento por considerarse experimental o de investigación, no es necesario que participe en nuestro proceso de apelación antes de solicitar la IMR.

Si su problema es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud o si tiene un dolor intenso, puede comunicarlo inmediatamente al DMHC sin tener que pasar primero por nuestro proceso de apelación.

Debe **solicitar una IMR dentro de los 6 meses posteriores** a que le enviemos una decisión por escrito sobre su apelación. El DMHC puede aceptar su solicitud después de 6 meses por una buena razón, como, por ejemplo, si tuvo una condición médica que le impidió solicitar la IMR dentro de los 6 meses o si no recibió de nosotros una notificación adecuada sobre el proceso de IMR.

Para presentar una queja o solicitar una IMR:

- Complete el formulario de IMR/Queja disponible en: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Si las tiene, adjunte copias de cartas u otros documentos sobre el servicio o artículo que le negamos. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 214

de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.

- Si alguien le está ayudando con su IMR, complete el Formulario de Asistente Autorizado. Puede encontrar el formulario en: www.dmh.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o llame al Centro de Ayuda del Departamento al 1-888-466-2219. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-688-9891.
- Envíe el formulario de IMR/Queja y todos los archivos adjuntos al DMHC: Para enviarlo en línea: <https://wpso.dmh.ca.gov/imrcomplaint/?c=1&lang=en>

Para enviarlo por correo o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

En un plazo de 7 días, el DMHC revisará su solicitud y le enviará una carta de acuse de recibo. Si el DMHC determina que el caso califica para una IMR, se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si su caso es urgente y califica para la IMR, generalmente se tomará una decisión sobre la IMR dentro de los 7 días posteriores a la recepción de toda la documentación requerida.

Si no está satisfecho con el resultado de la IMR, aún puede solicitar una Audiencia Estatal.

Una IMR puede tardar más tiempo si el DMHC no recibe todos los expedientes médicos necesarios de usted o de su médico tratante. Si usa un médico que no está en la red de su plan de salud, es importante que obtenga sus expedientes médicos de ese médico y nos los haga llegar. Su plan de salud está obligado a obtener copias de sus expedientes médicos de los médicos que están en la red.

Si el DMHC decide que su caso no es elegible para la IMR, el DMHC revisará su caso a través de su proceso regular de quejas de consumidores. Su queja debe resolverse dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud completa. Si su queja es urgente, se resolverá antes.

(2) Audiencia Estatal

Puede solicitar una Audiencia Estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi-Cal. Si su médico u otro proveedor le solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 215

continuaremos pagando por un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal.

En la mayoría de los casos, **usted tiene 120 días para solicitar una Audiencia Estatal** después de que se le envíe por correo el aviso de la “Carta de decisión de la apelación”.

NOTA: Si solicita una Audiencia Estatal porque le informamos que un servicio que recibe actualmente será cambiado o suspendido, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su Audiencia Estatal está pendiente. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 209 para obtener más información.

Hay dos formas de solicitar una Audiencia Estatal:

1. Puede completar la "Solicitud de Audiencia Estatal" en el reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y un motivo detallado por el cual desea una audiencia. Luego puede enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que aparece en el aviso.
 - A California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 916-309-3487 o al número gratuito 1-833-281-0903.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias Estatales le entrega su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la División de Audiencias Estatales dice **Sí** a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su decisión.
- Si la División de Audiencias Estatales responde que **No** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 216

solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se le llama “confirmación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la Audiencia Estatal es **No** para la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su apelación de Nivel 2 fue presentada ante la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con un monto mínimo determinado. Un ALJ o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias Estatales describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas con el pago

No permitimos que nuestros proveedores de la red le den una cuenta por servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna cuenta. El único monto que se le debería solicitar que pague es el copago por las categorías de *medicamentos que requieren un copago*.

Si recibe una cuenta que supera su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenosla. No pague la cuenta. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la cuenta, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*. Describe situaciones en las que es posible que necesite solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una cuenta que recibió de un proveedor. También informa cómo enviarnos los documentos del trámite para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión relacionada con la cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos a su proveedor el pago del servicio o artículo generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 217

- Si aún no ha pagado los servicios o artículos, enviaremos el pago directamente al proveedor. Si enviamos el pago significa que dijimos **Sí** a su solicitud de una decisión relacionada con la cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Al seguir las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos comunicarle nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Si esto sucede, le enviaremos una carta.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si decimos **Sí** a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor de atención médica el pago que nos haya solicitado en un plazo de 60 días calendario.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se le llama “confirmación de la decisión” o “rechazo de su apelación”. Recibirá una carta explicando los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de numerosos medicamentos. La mayoría son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Medi-cal podría cubrir. **Esta sección solo aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** En el

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 218

resto de esta sección, usaremos "medicamento" en lugar de "medicamento de la Parte D de Medicare". Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medi-Cal, siga el proceso de la **Sección E**.

Para recibir cobertura, el medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o tiene sustento en ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Apelaciones y decisiones relacionadas con la cobertura de la Parte D de Medicare

A continuación se presentan ejemplos de decisiones relacionadas con la cobertura que solicita que tomemos respecto de los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pide que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Que se cubra un medicamento de la Parte D de Medicare que no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan o
 - Nos solicita que ignoremos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento determinado (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo para usted antes de cubrirlo)

NOTA: Si su farmacia le dice que su receta médica no puede ser surtida en la forma como se escribió, la farmacia le proporciona un aviso por escrito en donde se explicará cómo puede contactarnos para solicitar una decisión relacionada con la cobertura.

La decisión inicial de la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“determinación de la cobertura”**.

- Nos solicita pagar un medicamento que usted ya haya comprado. Esta es una solicitud para una decisión relacionada con la cobertura sobre el pago.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 219

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con la cobertura que tomamos, puede apelarla. Esta sección le informa cómo solicitar decisiones relacionadas con la cobertura y cómo realizar una apelación. Utilice la siguiente tabla para ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que eliminemos una restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Quiere que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de Medicamentos y usted considera que cumple con todas las reglas o restricciones del plan (como la obtención de una aprobación por adelantado) para el medicamento que usted necesita.	Desea solicitar un reembolso por el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted desea.
Nos puede pedir que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión relacionada con la cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión relacionada con la cobertura.	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión relacionada con la cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)
Comience con la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 220

Cuando solicite una excepción, su médico u otro médico que le receta tienen que explicar las razones médicas por las que usted necesita dicha excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o solicitar la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción del formulario**”.

A continuación se presentan algunos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro médico que le receta pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos de marca o genéricos.
- No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales en la cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - Exigirle que use la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación por anticipado antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A menudo, esto se denomina “autorización previa” (Prior Authorization, PA).
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos una excepción para usted y descartamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 221

G3. Cosas que debe saber sobre cómo solicitar una excepción

Su médico u otro médico que le receta debe comunicarnos las razones médicas.

Su médico u otro médico que le receta debe enviarnos una declaración en la que se explique cuáles son las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión rápida, incluya la información médica de su médico u otro médico que le receta cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o si es posible que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir Sí o No a su solicitud.

- Si decimos **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente sección le informa cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura, incluida una excepción.

G4. Cómo solicitar una decisión relacionada con la cobertura, incluida una excepción

- Pregunte por el tipo de decisión relacionada con la cobertura que desea llamando al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929, escribirnos o enviarnos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro médico que le receta). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la queja.
- Usted o su médico (u otro médico que le receta) o alguien más que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede solicitar que un abogado actúe en su nombre.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 222

- Consulte la **Sección E3** para saber cómo designar a alguien como su representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro médico que le receta para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitar el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros*.
- Si solicita una excepción, debe presentar una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro médico que le receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro médico que le receta puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También puede informarnos por teléfono y luego enviarnos la declaración por fax o correo.

Si su estado de salud lo requiere, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Usamos los “plazos estándares”, a menos que acordemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida de cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

A una “decisión rápida de cobertura” se le llama “**determinación acelerada de cobertura**”.

Puede obtener una decisión rápida de cobertura si:

- Se trata de un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya haya comprado.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro médico que le receta nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, revisaremos su solicitud según el cronograma de decisión rápida de cobertura. Le enviaremos una carta con esta información.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 223

- Si solicita una decisión rápida de cobertura sin el respaldo de su médico u otro médico que le receta, decidiremos si obtiene una decisión rápida de cobertura.
- Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, usaremos los plazos estándares.
 - Le enviaremos una carta que le indica que usaremos la fecha límite estándar. La carta también le indica cómo presentar una apelación sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para las decisiones rápidas de cobertura

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le responderemos más rápido si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para obtener una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le responderemos más rápido si su salud lo requiere.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 224

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindaremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

Plazos para obtener una decisión estándar de cobertura acerca de un medicamento que usted ya compró

- Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una IRO.
- Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el dinero en un plazo de 14 días calendario.
- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también le indica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión relacionada con la cobertura de un medicamento de la Parte D de Medicare se conoce como “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929, escribirnos o enviarnos un fax. Puede hacerlo usted, su representante o su médico (u otro médico que le receta). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no la presenta en el plazo establecido y tuvo una buena razón para no hacerlo, es posible que le demos más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados son haber padecido una enfermedad

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 225

grave o haber recibido información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo por el que presenta su apelación fuera de plazo cuando la presente.

- Tiene derecho a pedirnos que le demos una copia sin costo de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden enviarnos más información para fundamentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

A una apelación rápida también se le llama “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro médico que le receta deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida relacionada con la cobertura. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando dijimos **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro médico que le receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de que recibimos su apelación.
 - Le responderemos más rápido si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 226

- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su condición de salud lo requiere. Si piensa que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.

Si decimos **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos brindarle tan pronto como su salud lo requiera, pero **en un plazo máximo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró dentro de los **30 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.

Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a que recibamos su apelación.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- Si decimos **Sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 227

- Si decimos **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos **No** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, use el proceso de apelaciones de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión de cuando dijimos **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, llamada en ocasiones **IRE** (Independent Review Entity).

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro médico que le receta deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos **No** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones le informan quiénes pueden presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. A esta información se le denomina “expediente de su caso”. **Tiene derecho a una copia sin costo del expediente de su caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente, llame al 1.888.466.2219.
- Usted tiene derecho a proporcionar más información a la IRO para sustentar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 228

- Si responden **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobada dentro de las **24 horas** posteriores a recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** posteriores a que reciban su apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación de reembolso por un medicamento que compró.

Si la IRO dice **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura del medicamento aprobado **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle el costo del medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la IRO.
- Si la IRO responde **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se le llama “confirmación de la decisión” o “rechazo de su apelación”.

Si la IRO dice **No** a su apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es menor que el mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación más allá.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelación, después del Nivel 2.
- Si la IRO dice **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con el requisito para continuar con el proceso de apelaciones, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la IRO después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 229

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando lo hospitalicen, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararse para el día del alta. También ayudan a programar la atención que quizás necesite cuando salga.

- El día en que se va del hospital se llama “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o está preocupado por la atención que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una estadía más larga en el hospital. En esta sección se indica cómo solicitarla.

Sin perjuicio de las apelaciones analizadas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación Médica Independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una Evaluación Médica Independiente. Puede solicitar una Evaluación Médica Independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso al hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un trabajador social, le entregará un aviso escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso al momento de la hospitalización.

Si no recibe el aviso, pregunte por él a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro en los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 230

- **Lea el aviso** cuidadosamente y pregunte si no lo comprende. El aviso le informa acerca de sus derechos como paciente del hospital, lo que incluye sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
 - Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad del cuidado hospitalario.
 - Apelar si cree que le están dando el alta demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted esté de acuerdo con la fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan indicado.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llama a Servicios al Miembro en los números que aparecen al final de la página.
- Llama a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitar que se cubran sus servicios de hospitalización durante un tiempo más largo, presente una apelación. La Organización de mejoramiento de calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 231

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que están contratados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.

En California, la QIO es Commence Health. Llámelos al 1.877.588.1123 (TTY: 711). La información de contacto también se encuentra en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de dejar el hospital y no después de la fecha de alta programada.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, es posible que deba pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba después de la fecha de alta.
- Debido a que las estadías en el hospital están cubiertas tanto por Medicare como por Medi-Cal, si la Organización de mejoramiento de calidad no escucha su solicitud de continuar su estadía en el hospital, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, también puede presentar una queja o solicitar al Departamento de Salud Administrada de California (DMHC) que se realice una Evaluación Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una Evaluación Médica Independiente.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios al Miembro en los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222.

Pida una revisión rápida. Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal de “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 232

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta planificada. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y el plan le hayan dado.
- Al mediodía del día siguiente de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta planificada. La carta también explica las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado sobre el alta hospitalaria**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

En el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde **No** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios terminará al mediodía del día siguiente en que la QIO responda su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su apelación de Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista para su alta.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 233

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En la Apelación de Nivel 2, usted pide a la QIO que revise de nuevo la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 que usted hizo. Llámeles al 1.877.588.1123 (TTY: 711).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Los revisores de QIO:

- Examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que se le informará de lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja o solicitar al DMHC una Evaluación Médica Independiente para continuar su estadía en el hospital. Consulte la **Sección E4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una Evaluación Médica Independiente.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 234

I. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección solo trata sobre tres tipos de servicios que puede estar recibiendo:

- servicios de cuidado de la salud en el hogar;
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está obteniendo tratamiento debido a una enfermedad o un accidente, o bien que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico considere necesario.

Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, se lo comunicaremos **antes** de que finalicen. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviaremos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Este aviso se llama “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se apliquen a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también sigue los plazos. Si considera que no los cumplimos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 235



- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios al Miembro en los números que aparecen al final de la página.
 - Llame al HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídeles que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe rápidamente y solicite una apelación agilizada.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que dejemos de cubrir sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que aparece en el "Aviso de no cobertura de Medicare" que le enviamos.
- Si la Organización de mejoramiento de calidad no escucha su solicitud de continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si tiene un dolor intenso, puede presentar una queja y solicitar al Departamento de Salud Administrada de California (DMHC) que se realice una Evaluación Médica Independiente. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una queja y solicitarle al DMHC una Evaluación Médica Independiente.

El término legal de este aviso por escrito se denomina “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una muestra, llame a Servicios al Miembro a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, obtenga una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 236

Qué sucede durante una apelación agilizada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar. No es obligatorio escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el plan les haya dado.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que se pone fin a la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal de la explicación del aviso se denomina **“Explicación detallada de la no cobertura”**.

- Los revisores toman su decisión en el plazo de un día completo tras recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO responde **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted pagará el costo total de la atención si decide continuar con la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En la Apelación de Nivel 2, usted pide a la QIO que revise de nuevo la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 que usted hizo. Llámelos al 1.877.588-1123 (TTY: 1.855.887.6668).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 237

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo atención después de la fecha en que haya finalizado la cobertura de esa atención.

Los revisores de QIO:

- Examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO responde **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte del costo por la atención que usted recibió desde la fecha en que dijimos que la cobertura debía terminar.
- Seguiremos proporcionando cobertura para su atención mientras sea médicamente necesario.

Si la QIO responde **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiarán.
- Le entregarán una carta en la que se le informará de lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación Médica Independiente para continuar la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud. Consulte la **Sección F4** para saber cómo solicitarle al DMHC una Evaluación Médica Independiente. Puede presentar una queja y solicitar al DMHC una Evaluación Médica Independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador maneja las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación al tercer nivel y más allá

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles de apelación adicionales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 238

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no cumple con un cierto monto mínimo en dólares, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica a quién contactar y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación del Nivel 4 con todos los documentos adjuntos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión, con la que se rechaza su apelación, entonces el proceso de apelación se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos el derecho de apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del Consejo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 239

Si el Consejo dice **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión, con la que se rechaza su apelación, entonces el proceso de apelación se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias Estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Es posible que esta sección resulte apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor de un medicamento por el que apeló es de cierta cantidad de dólares, es posible que usted pueda pasar a otros niveles de apelación. En la respuesta por escrito que recibirá respecto a su apelación del Nivel 2, se indicará con quién debe comunicarse y qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 240

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión, con la que se rechaza su apelación, entonces el proceso de apelación se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento aprobado dentro de las 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo responde **No** a su apelación o si rechaza la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelaciones no haya terminado.

- Si usted decide **aceptar** la decisión con la que se rechaza su apelación, entonces el proceso de apelación se dará por concluido.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipos de problemas deberían ser motivo de queja

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 241

atención y el servicio al cliente. A continuación se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se tratan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	No está satisfecho con la calidad de la atención, como la que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Faltas de respeto, mal servicio al miembro y otros comportamientos negativos	- Un proveedor de servicios de salud o un miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. - Nuestro personal le trató mal. - Cree que le están obligando a salir de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es el inglés (como el lenguaje de señas estadounidense o el español). - Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o esperó demasiado para obtenerla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios al Miembro u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 242

Queja	Ejemplo
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nuestro plan	• Cree que no se le ha enviado una notificación o carta que debería haber recibido. • Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Usted piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • Piensa que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y es revisada por él. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por ella. Si necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

El término legal para una “queja” es **“reclamo”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“interponer un recurso de reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 243

presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que haya tenido el problema sobre el cual desea presentar la queja.

- Si hay algo más que necesite hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos su queja por escrito.
- Puede utilizar nuestro “Formulario de quejas del miembro” que está disponible en nuestro sitio web en www.alamedalliance.org/alliancewellness. Todos nuestros proveedores tienen el formulario o podemos enviarle uno por correo. También puede presentar un reclamo en línea. Puede entregar un formulario completo a un proveedor de Alameda Alliance Wellness o enviárnoslo a la dirección a continuación:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Grievance and Appeals
1240 South Loop Road Alameda, CA 94502

- Para obtener una descripción detallada de nuestro proceso, incluidos los márgenes de tiempo, visite nuestro sitio web en www.alamedallainace.org/alliancewellness o comuníquese con Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama por una queja, quizás le demos una respuesta en ese momento. Si su afección requiere que le respondamos a la brevedad, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionamos información sobre el estado y el tiempo estimado para obtener la respuesta.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 244

- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o una apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o toda su queja, se lo diremos y le daremos nuestras razones. Respondemos, estemos de acuerdo o no con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante Alameda Alliance Wellness antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja al Mediador de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS) al 1-888-452-8609. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, en un horario de las 8:00 a. m. a las 5:00 p. m.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California. El DMHC es responsable de regular los planes de salud. Puede llamar al Centro de Ayuda del DMHC para obtener ayuda con quejas sobre los servicios de Medi-Cal. Para asuntos no urgentes, puede presentar una queja ante el DMHC si no está de acuerdo con la decisión de su apelación de Nivel 1 o si el plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario. Sin embargo, puede comunicarse con el DMHC sin presentar una apelación de Nivel 1 si necesita ayuda con una queja que involucra un problema urgente o que implica una amenaza inmediata y grave para su salud, si tiene un dolor intenso, si no está de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su queja o si nuestro plan no ha resuelto su queja después de 30 días calendario.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 245

Existen dos maneras de obtener ayuda del Centro de Ayuda:

- Llame al 1-888-466-2219. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden utilizar el número gratuito TTY, 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud (www.dmhca.gov).

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) si considera que no ha sido tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso para personas con discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR en:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (Retransmisión del Estado de California)
Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov

También puede tener derechos bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y bajo cualquier ley estatal aplicable. Puede comunicarse con el Programa del Mediador de Medi-Cal para obtener ayuda. El número de teléfono es el 1-888-452-8609.

QIO

Cuando su queja se refiera a la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, nosotros trabajaremos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud en ejercicio a quienes el gobierno federal paga para que verifiquen y mejoren la atención que se da a los pacientes de

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 246

Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros*.

En California, la QIO se llama Commence Health. El número de teléfono de Commence Health es 1.877.588.1123 (TTY: 711).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 247

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía a nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía a nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura médica después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Medi-Cal siempre y cuando sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Índice

A. ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?	243
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan	244
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado	245
C1. Sus servicios de Medicare	245
C2. Sus servicios de Medi-Cal.....	249
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan.....	250
E. Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan.....	250
F. Normas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	252
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan.....	252
H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan	252

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness. 242

A. ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Ya que usted tiene Medi-Cal,

- tiene varias opciones para cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **periodo de inscripción anual**, que dura del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1.º de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan, desde el mes en el que adquieren el derecho a las Partes A y B hasta el último día del 3^{er} mes de ese derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra zona de servicio,
- su elegibilidad para Medi-Cal o Extra Help ha cambiado, o
- si recientemente se mudó a un centro de enfermería especializada o a un hospital de atención médica a largo plazo, si actualmente recibe atención en uno de estos lugares, o si acaba de salir de alguno de ellos.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (el 1.º de febrero, en este ejemplo).

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, llame a:

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Servicios al miembro en el número que aparece al pie de esta página. También se incluye el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.
- Mediador de atención médica administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o por correo electrónico al MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

NOTA: Si usted está en un programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan Medicare o cambiarse al Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original pero no ha elegido un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Existen dos maneras en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios al Miembro al número que aparece al pie de esta página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan en la tabla de la página 246.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- **La sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también terminará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado

Si decide dejar nuestro plan, tiene varias opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertas épocas del año, incluyendo el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente finaliza su membresía en nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

1. Puede cambiar a: Un plan Medicare Medi-Cal (plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal o un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) si usted reúne los requisitos. Nota: El término "Plan Medi-Medi" es el nombre que reciben los planes integrados para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California.	Esto es lo que hay que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan Medi-Medi. Su inscripción en nuestro plan Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal cambiará para ajustarse a su plan Medi-Medi.
--	--

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

2. Puede cambiar a: Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare por separado y un plan Medi-Cal.	Esto es lo que hay que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Seguirá inscrito(a) en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
--	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

3. Puede cambiar a: Medicare original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado. NOTA: Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea unirse. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si cuenta con cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura para medicamentos, llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP.	Esto es lo que hay que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. Seguirá inscrito(a) en su plan Medi-Cal a menos que elija un plan diferente.
--	---

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluyendo el Periodo de inscripción abierta y el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que hay que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos de California (HICAP), al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP. O Inscríbase en un nuevo plan Medicare. Su inscripción en nuestro plan Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan Medi-Cal puede cambiar.
--	---

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de dejar nuestro plan, comuníquese con Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077. O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Pregunte cómo afectará a su cobertura de Medi-Cal el hecho de inscribirse en otro plan o volver al Medicare Original.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia por correo para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado(a) el día en que finaliza su membresía en Alameda Alliance Wellness, nuestro plan cubrirá su estancia en el hospital hasta que le den de alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal. Nota: si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare. Consulte la información a continuación sobre el periodo de consideración. El Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services, DHCS) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) pueden cancelar su suscripción de Medi-Cal si se determina que usted ya no es elegible para el programa.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, debe llamar a Servicios al miembro para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga para medicamentos.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo.
 - Deberemos cancelar su suscripción si no cumple con este requisito.

Si se encuentra dentro del periodo de 3 meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, le seguiremos dando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage y la Parte D. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que se incluyen en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos de los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo.

Si al final del periodo de tres (3) meses de elegibilidad continua estimada, usted sigue sin ser elegible para Medi-Cal, se cancelará su inscripción a nuestro plan.

Podemos hacer que deje nuestro plan por las siguientes razones solo si obtenemos primero el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscriba en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si continuamente tiene una conducta disruptiva y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted y a los demás miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

F. Normas que prohíben pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que se deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

Si considera que se le pide que deje nuestro plan debido a una razón relacionada con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios al Miembro al número que aparece al pie de esta página.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.



Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para Miembros*.

Índice

A. Notice about laws	254
B. Federal notice about nondiscrimination	254
C. Notice about nondiscrimination for Medi-Cal	254
D. Notice about Medicare as a second payer and Medi-Cal as a payer of last resort	257
E. Notice about Medi-Cal estate recovery	257

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



A. Aviso sobre leyes

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

B. Aviso sobre la política de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, entre ellas, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley sobre Atención Asequible y toda otra ley que rija a las organizaciones que reciben financiamiento federal y toda otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso sobre la política de no discriminación para Medi-Cal

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

Alliance proporciona:

- Apoyos y servicios gratuitos para personas con discapacidades que les ayudan a comunicarse mejor, como:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.alamedalliance.org/alliancewellness.



- Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados;
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita al 1.877.932.2738. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1.800.735.2929 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.

Cómo presentar un reclamo

Si usted considera que Alliance no le proporcionó estos servicios o que lo discriminó ilegalmente de alguna otra manera por motivos de su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental o física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo ante el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance.

Puede presentar un reclamo por teléfono, por correo, en persona o en línea:

- Por teléfono: Comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1.510.747.4567 o a la línea gratuita al 1.877.932.2738. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1.800.735.2929 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- Por correo: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela por correo a:

Alameda Alliance for Health
Attn: Grievance and Appeals Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
- En persona: Visite el consultorio de su médico o la oficina de Alliance y diga que desea presentar un reclamo.
- En línea: Visite el sitio web de Alliance en www.alamedalliance.org/alliancewellness.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Si su reclamo es por discriminación en el programa Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

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

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

Los formularios de queja están disponibles en
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por medios electrónicos: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder a los servicios de cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, por ejemplo, un problema sobre accesibilidad para personas en silla de ruedas, Servicios al Miembro puede ayudarlo.

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services, DHCS), por teléfono, por correo o en línea:

- Por teléfono: llame al 1.916.440.7370. Si no puede hablar u oír bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por correo: llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Los formularios de queja están disponibles en

https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

•En línea: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

D. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medi-Cal como pagador de último recurso

A veces, alguien más tiene que pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si usted tiene un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización por accidentes de trabajo debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y regulaciones federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica proporcionados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar primero cualquier otra cobertura de atención médica (other health coverage, OHC) antes de Medi-Cal, cuando el mismo servicio esté disponible a través de esa cobertura, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. En la mayoría de los casos, esto significa que Medi-Cal actuará como pagador secundario frente a la OHC de Medicare, y cubrirá los costos aprobados que no hayan sido pagados por nuestro plan u otra OHC, hasta el monto permitido por Medi-Cal.

E. Aviso sobre la recuperación de Medi-Cal por medio de patrimonios

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

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación de bienes del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 1-916-650-0590.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.alamedalliance.org/alliancewellness.



Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave que se utilizan a lo largo de este *Manual para Miembros* y sus definiciones. Los términos se enumeran en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o si necesita más información que la que se incluye en la definición, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL): lo que hacen las personas en un día normal, como comer, usar el baño, vestirse, bañarse o lavarse los dientes.

Juez de Leyes Administrativas: un Juez de Leyes Administrativas (Administrative Law Judge, ALJ) es un juez que escucha y decide los casos que implican a las agencias gubernamentales. Un juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH o SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro de cirugía ambulatoria: una instalación que proporciona cirugía a pacientes ambulatorios que no necesitan cuidado hospitalario y cuya atención no requiere más de 24 horas.

Apelación: una manera de impugnar nuestros actos si considera que cometimos un error. Si presenta una apelación, puede solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* se explican las apelaciones, lo que incluye cómo presentar una apelación.

Salud del comportamiento: se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más simples: se trata de cómo pensamos, qué sentimos y cómo interactuamos con otras personas. Es un término integral que se refiere a la salud mental y a servicios para el trastorno por abuso de sustancias.

Producto biológico: un medicamento que proviene de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden reproducir exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consultar también "producto biológico original" y "biosimilar").

Biosimilar: medicamento biológico que es muy similar, aunque no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir en la farmacia por el producto biológico original, sin necesidades de una nueva receta médica. (Consulte "biosimilares intercambiables").

Medicamentos de marca: un medicamento que produce y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y normalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha terminado.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Coordinador de atención: persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Plan de atención: consulte "Plan de atención personalizado".

Equipo de atención: Consulte "equipo interdisciplinario de atención".

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, en la que su plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta en final del año. Empieza esta etapa cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos recetados de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que está a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con los CMS.

Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS): un programa de servicios para pacientes ambulatorios prestados en centros de atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para familias y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros elegibles que cumplen los criterios de elegibilidad aplicables.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que menciona que tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o atención. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal de "presentar una queja" es "interponer un recurso de queja".

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Proporciona una variedad de servicios, incluida terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: monto fijo que usted paga como parte del costo cada vez que obtiene ciertos medicamentos. Por ejemplo, es posible que usted pague \$2 o \$5 por un medicamento.

Nivel de costo compartido: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Lista de Medicamentos*) está en el nivel uno (1) de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Decisión de cobertura: una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos, o el monto que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: Es el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (over-the-counter, OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos recetados y de venta libre, equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tarifa diaria de costos compartidos: tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta menos de la cantidad de suministros de un mes completo para ciertos medicamentos y se le solicita pagar el copago. Una tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre el número de días en un mes de suministros.

Por ejemplo, digamos que el copago por su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que la cantidad que usted paga por cada día de su medicamento es menos de \$0.05. Si obtiene un suministro de medicamento para 7 días, su pago por cada día es menos de \$0.05, multiplicado por 7 días, por un pago total menor de \$0.35.

Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Services, DHCS): departamento del estado en California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC): departamento del estado de California que tiene la responsabilidad de regular la mayoría de los planes de salud. El DMHC ayuda a las personas con sus apelaciones y quejas sobre los servicios de Medi-Cal. El DMHC también realiza evaluaciones médicas independientes (Department of Managed Health Care, IMR).

Cancelación de la inscripción: proceso mediante el cual se cancela su inscripción en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (usted lo decide) o involuntaria (no es usted quien decide).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Programa de Administración de Medicamentos (Drug management program, DMP): programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides de receta médica y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Nivel de medicamento: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Algunos ejemplos de niveles de medicamentos son los genéricos, de marca y de venta libre (OTC). Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* está en uno del nivel uno (1).

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual eligible special needs plan, D-SNP): plan de salud que presta servicio a las personas elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME): ciertos artículos que su médico indica para que los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para que la use en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadoras.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted u otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina creen que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, pérdida de alguna parte corporal o pérdida o discapacidad grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, pérdida del nonato). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que brinda un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia de salud médica o del comportamiento.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y límites.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por nuestro plan de salud.

Ayuda adicional: programa de Medicare que brinda ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados para reducir los costos de la Parte D de Medicare, por ejemplo, primas, deducibles y copagos. El programa de ayuda adicional también se llama "Subsidio para Personas con Bajos Ingresos" (Low-Income Subsidy, "LIS").

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Medicamento genérico: medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para usarlo en lugar del medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Reclamo: una queja que usted presenta sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio suministrado por nuestro plan de salud.

Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): un programa que proporciona información gratuita y objetiva, así como asesoría sobre Medicare. El **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo comunicarse con el HICAP.

Plan de salud: una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención para ayudarle a gestionar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgo de salud (Health risk assessment, HRA): una revisión de su historial médico y estado actual. Se emite para aprender sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente en el cuidado de la salud en el hogar: una persona que ofrece servicios que no precisan las habilidades de un enfermero o un terapeuta profesional, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes en el cuidado de la salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Centro de cuidados paliativos: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que padecen una enfermedad terminal a vivir con comodidad. Un diagnóstico de enfermedad terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enfermo terminal; es decir, cuya esperanza de vida es de 6 meses o menos.

- Una persona inscrita cuyo diagnóstico es de enfermedad terminal tiene el derecho a elegir un centro de cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de centros de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta o inapropiada: una situación en la cual un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le factura más del monto de costo compartido por los servicios. Si recibe alguna factura que no entiende, llame a Servicios al Miembro.

Como miembros del plan, usted solo paga el monto del costo compartido de nuestro plan cuando recibe los medicamentos que cubrimos. Nosotros **no** permitimos que los proveedores le facturen a usted más de esta cantidad.

Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS): el Programa de IHSS le ayudará a pagar a los proveedores de atención inscritos por los servicios que le proporcionaron, para que pueda permanecer seguro en su propio hogar. Los IHSS son una alternativa de atención fuera del hogar, como hogares de ancianos o centros de atención e internados. Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar qué tipo de servicios se pueden autorizar para cada participante con base en sus necesidades. Los tipos de servicios que IHSS puede autorizar son limpieza de la casa, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y vesical, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales. Las agencias de servicio social del condado administran los IHSS.

Evaluación Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR): si rechazamos su solicitud de servicios o tratamiento médico, puede hacer una apelación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión y su problema tiene que ver con un servicio de Medi-Cal, incluidas provisiones de DME y medicamentos, puede solicitar una IMR al Departamento de Salud Administrada de California. Una IMR es una evaluación que realizan de su caso expertos que no son parte de nuestro plan. Si la decisión de la IMR es a su favor, nosotros debemos proporcionarle el servicio o tratamiento que haya solicitado. Usted no paga el costo de una IMR.

Organización de revisión independiente (Independent review organization, IRO): organización independiente y externa que contrata Medicare para revisar una apelación de nivel 2. No está relacionada con nosotros ni es una agencia del gobierno. Esta organización determinará si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de Atención Personalizada (Individualized Care Plan [ICP] o Plan de Atención): un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyos a largo plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Etapas de cobertura inicial: la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos de la Parte D de Medicare lleguen a \$2,100. Esto incluye las cantidades que usted pagó, lo que pagó nuestro plan en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.

Paciente hospitalizado: término que se usa cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no se le admite formalmente, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, aunque se quede una noche.

Equipo interdisciplinario de atención (Interdisciplinary Care Team [ICT] o equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a establecer un plan de atención.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estos individuos se conocen como personas de doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilares intercambiables: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, porque cumple los requisitos adicionales sobre su potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): una lista de los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le informa si necesita seguir alguna regla para obtener sus medicamentos. En ocasiones, a la *Lista de Medicamentos* se le llama un "formulario".

Servicios y apoyos de largo plazo (Long-term services and supports, LTSS): servicios y apoyos de largo plazo que ayudan a mejorar su afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su casa, para que no tenga que acudir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), también conocidos como atención médica diurna para adultos, centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) y apoyos comunitarios. Los IHSS y los programas de exención 1915(c) son LTSS de Medi-Cal suministrados fuera de su plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Subsidio para personas de bajos ingresos (Low-income subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”

Programa de pedido por correo: algunos planes pueden ofrecer un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro hasta para tres meses de sus medicamentos recetados cubiertos, que se envían directamente a su hogar. Esta puede ser una manera rentable y conveniente de surtir las recetas de los medicamentos que toma regularmente.

Medi-Cal: es el nombre del programa Medicaid de California. El estado administra Medi-Cal y el estado y el gobierno federal lo financian.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de largo plazo, y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos, si usted califica para obtener tanto Medicare como Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: planes que solo cubren los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo de largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son independientes.

Medicaid (o Asistencia de Medical): un programa dirigido por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyos de largo plazo, y los costos médicos. Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid del estado de California.

Médicamente necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado actual de salud. Esto incluye la atención que evita que usted vaya al hospital o a un centro de enfermería. También se refiere a los servicios, suministros o medicamentos que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con una enfermedad renal en fase terminal (generalmente, aquellas con insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o trasplante de riñón). Las personas que cuenten con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrado (consulte "Plan de salud").

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como "Parte C de Medicare" o "MA", que ofrece planes de MA mediante compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y B.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): un programa estructurado para cambiar el comportamiento sobre la salud, que proporciona capacitación para el cambio de la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los retos de una pérdida de peso continua y un estilo de vida saludable.

Persona inscrita a Medicare y Medi-Cal: es una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Una persona inscrita a Medicare y Medi-Cal también se conoce como "individuo de doble elegibilidad".

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de los hospitales, centros de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidados paliativos médicamente necesarios.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadoras) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y pruebas de detección.

Parte C de Medicare: un programa de Medicare, también conocido como "Medicare Advantage" o "MA", que permite que las compañías privadas de seguro médico proporcionen los beneficios de Medicare a través del plan MA.

Parte D de Medicare: es el programa de beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos "Parte D". La Parte D de Medicare cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM):

un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una plática con un farmacéutico o proveedor de atención médica que revisa los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.

Plan Medi-Medi: un plan Medi-Medi es un tipo de plan Medicare Advantage. Está destinado a personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Medi-Cal, que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Manual para el Miembro y Divulgación de Información: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas adicionales que explican su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios al Miembro: es el departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los Servicios al Miembro.

Farmacia de la red: una farmacia (tienda de medicamentos) que acepta surtir las recetas médicas de los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de cuidado de la salud, equipo médico, y servicios y apoyos de largo plazo.

- Tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de cuidado de la salud.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando están de acuerdo en trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no les cobran a los miembros una cantidad adicional.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar a los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama "proveedores del plan".

Hogar o centro de ancianos: un centro que proporciona atención a personas que no pueden obtener su atención en el hogar, pero no necesitan estar en el hospital.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja, y ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del mediador son gratuitos. Puede encontrar más información en los **capítulos 2 y 9** de este *Manual para Miembros*.

Determinación de la organización: nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les denomina "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que producen versiones biosimilares. También se le llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare. En Original Medicare, los servicios están cubiertos al pagar a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que el Congreso determine.

- Puede consultar a cualquier médico, ir a cualquier hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) de Medicare.
- Original Medicare está disponible en cualquier parte de Estados Unidos.
- Si usted no desea ser parte de nuestro plan, puede elegir Original Medicare

Farmacia que no pertenece a la red: una farmacia que no trabaja con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias que no pertenezcan a la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no está empleado, operado ni es propiedad de nuestro plan y que no está bajo contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

Costos de desembolso directo: el costo compartido que los miembros deben pagar por parte de los medicamentos que obtienen; también se le llama requisito de costo de "desembolso directo". Consulte la definición de "costo compartido" más arriba.

Medicamentos de venta libre (Over-the-counter, OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin receta médica a un profesional de cuidado de la salud.

Parte A: consulte "Parte A de Medicare".

Parte B: consulte "Parte B de Medicare".

Parte C: consulte "Parte C de Medicare".

Parte D: consulte "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Información personal de salud (también llamada Información de salud protegida [Personal Health Information, PHI]): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos relacionados con su PHI.

Servicios de salud preventivos: atención médica para evitar enfermedades o detectar enfermedades en fase temprana, cuando es posible que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios de salud preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, inyecciones contra la gripe y mamografías).

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero para atender la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable.

- También habla con otros médicos y proveedores de atención médica sobre la atención que usted recibe y lo remite con ellos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



- En muchos de los planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre cómo obtener atención de sus proveedores de atención primaria.

Autorización previa (Prior authorization, PA): se debe obtener una aprobación nuestra antes de recibir un servicio o medicamento específico, o consultar a un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento si no obtiene antes la aprobación.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos que son parte de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe una PA de nosotros.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan se mencionan en el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene una PA de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan una PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o mayores que necesitan un nivel de atención más elevado para vivir en su hogar.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar un órgano o función corporal internos, incluidos suministros de ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización de mejoramiento de calidad (Quality improvement organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. El gobierno federal paga la QIO para revisar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Límites de cantidad: un límite de la cantidad de medicamento que puede tener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación para la computadora en la que las personas inscritas pueden encontrar información sobre los medicamentos cubiertos y beneficios que es completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para la persona. Esto incluye los montos de costo compartido, medicamentos alternativos que se pueden usar como el medicamento recetado para la misma afección y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) o nuestra para consultar un proveedor distinto a su PCP. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio si no obtiene antes la aprobación. No necesita una remisión para consultar a ciertos especialistas, como especialistas de la salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en los **capítulos 3 y 4** de este *Manual para Miembros*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que usted obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios sensibles: servicios relacionados con salud mental o comportamiento, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH o SIDA, agresiones sexuales y abortos, trastornos por abuso de sustancias, atención para la afirmación del género y violencia de pareja.

Área de servicio: área geográfica donde el plan de salud acepta miembros si este limita la membresía con base en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF): un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo para ofrecer atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios especializados de rehabilitación y otros servicios de salud relacionados.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): es la atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de manera continua y diariamente en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que solo pueden ser suministrados por un médico o personal de enfermería certificado.

Especialista: un médico que atiende ciertos tipos de problemas médicos. Por ejemplo, un cirujano ortopedista atiende huesos rotos; un alergólogo atiende alergias; y un cardiólogo atiende problemas cardiacos. En la mayoría de los casos, el miembro necesitará una remisión de su PCP para acudir con un especialista.

Farmacia especializada: consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobaremos o si no seguimos pagando un servicio de Medi-Cal que ya recibe, puede solicitar una audiencia estatal. Si la decisión de la audiencia estatal es a su favor, nosotros debemos proporcionarle el servicio que haya solicitado.

Terapia de pasos: una regla de cobertura que establece que intente usar otro medicamento antes de que nosotros cubramos el medicamento que solicita.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementary Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con recursos e ingresos limitados que son discapacitadas, ciegas o que tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios de urgencia: atención que usted obtiene por enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas que no son una emergencia, pero requieren atención inmediata. Puede obtener servicios necesarios de urgencia con proveedores fuera de la red cuando no puede recibirlos debido a que es imposible por la hora, el lugar o la circunstancia, o porque no es razonable obtener los servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del plan y requiere servicios médicamente necesarios inmediatos por una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica).

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness

LLAME AL

1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Servicios al Miembro también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para quienes no hablan inglés.

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929.

Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.



TTY	1.800.735.2929 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
FAX	1.877.747.4504
ESCRIBA A	Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502 AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
SITIO WEB	www.alamedalliance.org/alliancewellness

Si tiene alguna pregunta, llame a Alameda Alliance Wellness al 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.735.2929. Estamos disponibles los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

