



Alameda Alliance for Health

Programa Alliance Group Care

Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura

You can request this document in other formats (Braille, audio, electronic text file, or large print). Call Alliance Member Services at **510.747.4567** (Toll-Free **1.877.932.2738**; people with hearing and speaking impairments (CRS/TTY) **711/1.800.735.2929**)

Traducción al español: Este documento está disponible en español. Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **510.747.4567** (Línea gratuita: **1.877.932.2738**; personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**)

中文譯文：本文件以中文提供。請致電Alliance 成員服務部：**510.747.4567**
(免費電話：**1.877.932.2738**; 聽力與語言殘障的人士(CRS/TTY)：**711/1.800.735.2929**)

www.alamedaalliance.org

Para saber si usted es elegible para el programa Alliance Group Care,

llame a la autoridad pública para Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) del Condado de Alameda: **510.577.3552**

o visite su sitio web: www.ac-pa4ihss.org/hcw-health-benefits.html

Índice

1. Divulgación, contactos y resumen de los beneficios y la cobertura	1
Divulgación.....	1
Información de contacto.....	2
Tabla de beneficios y cobertura.....	4
Máximo anual o de por vida	4
Área de servicio.....	9
2. Introducción	10
¡Bienvenido a Alameda Alliance for Health (Alliance)!.....	10
Este folleto	10
Servicios al Miembro.....	10
Servicios lingüísticos	11
Para programar los servicios de interpretación en persona, traducciones o formatos alternativos de materiales de beneficios:.....	11
Para obtener servicios de interpretación por teléfono fuera del horario normal de atención:	11
Tarjeta de identificación de miembro	11
Derechos y responsabilidades del miembro.....	12
Como miembro de Alliance tiene derecho a:	12
Como miembro de Alliance, usted es responsable de lo siguiente:.....	13
3. Elegibilidad, inscripción, fecha de vigencia de la cobertura y responsabilidad económica del miembro	14
Requisitos de elegibilidad	14
Dependientes.....	14
Otras reglas de elegibilidad	14
Notificación de cambios en la elegibilidad	14
Fecha de inicio de cobertura	14
Cobertura de repuesto.....	15
Responsabilidades económicas	15

	Cuotas periódicas de prepago	15
	Copagos, deducibles y otros cargos.....	15
4.	Elección de los médicos, proveedores y centros	16
	Ubicaciones de los centros y de los proveedores.....	16
	Obligación de pago por parte de los miembros	16
	Cómo elegir y acceder a un médico de cabecera	17
	Cómo programar una cita	18
	Su examen médico inicial.....	19
	Cómo cambiar una cita	20
	Cómo cambiar de médico de cabecera	20
	Cómo obtener atención cuando el consultorio de su médico de cabecera está cerrado...	21
	Continuación de la atención	21
	Para los miembros nuevos.....	21
	Proveedores que dejan el plan	22
5.	Acceso oportuno a la atención	24
6.	Cómo usar su plan de salud.....	24
	Remisiones y autorizaciones de servicios	24
	Remisiones a especialistas	24
	Servicios de salud mental	24
	Remisiones permanentes	24
	Servicios que no requieren una remisión: proveedores de Alliance	25
	Autorizaciones	25
	Segundas opiniones	26
	Nueva tecnología	27
7.	Servicios disponibles	28
	Servicios de educación sobre la salud de Alliance.....	28
	Servicios para el asma.....	28

Servicios de amamantamiento	28
California Children’s Services (CCS)	28
Servicios confidenciales de detección y asesoramiento de VIH	29
Servicios de control de la diabetes	29
Servicios por abuso de drogas y de alcohol	30
Servicios de planificación familiar.....	30
Pruebas genéticas y servicios de asesoría	30
Servicios ginecológicos	30
Servicios para el recién nacido	30
Servicios de salud mental	31
Servicios farmacéuticos para pacientes ambulatorios	31
Medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario	31
Medicamentos de marca y genéricos.....	32
Límites de cantidad/límite de suministro diario.....	32
Terapia de pasos	32
Servicios durante el embarazo.....	32
Atención de enfermedades de transmisión sexual	33
Servicios de aborto	33
8. Atención de emergencia, de urgencia y de rutina.....	34
Qué hacer durante una emergencia.....	34
Atención posterior a la estabilización y de seguimiento	34
Cómo obtener servicios de cuidado de urgencia	35
En el Condado de Alameda.....	35
Fuera del Condado de Alameda.....	36
Servicios que no son urgentes ni de emergencia	36
Cómo obtener atención de rutina	36

9. Lista de beneficios médicos.....	37
Acupuntura	37
Estudios clínicos sobre el cáncer	37
Lentes y anteojos para cataratas	38
Servicios quiroprácticos	39
Atención dental.....	39
Control y tratamiento de la diabetes.....	39
Servicios de diagnóstico y de laboratorio	40
Equipo médico duradero (DME)	40
Servicios de emergencia	41
Planificación familiar.....	41
Pruebas auditivas y servicios de aparatos de corrección auditiva	42
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	42
Cuidados paliativos	44
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	44
Servicios de transporte médico	46
Atención de salud mental y para trastornos por uso de sustancias.....	46
Línea de enfermería	47
Beneficios de trasplante de órganos	48
Aparatos ortopédicos y prótesis.....	48
Servicios para pacientes ambulatorios	49
Fenilcetonuria (PKU)	49
Visitas al consultorio médico	50
Terapia física, ocupacional y del habla	50
Embarazo y atención de maternidad.....	51
Medicamentos recetados	51
Servicios de salud preventivos.....	53

Cirugía reconstructiva	54
Servicios de los centros de enfermería especializada	55
Aborto	55
Cuidado de urgencia	55
Atención de la vista.....	56
10. Exclusiones y limitaciones.....	57
11. Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros.....	60
Coordinación de beneficios	60
Responsabilidad de terceros.....	60
Compromisos de los miembros ante la responsabilidad de terceros	60
12. Cancelación de la inscripción	61
Vigencia y terminación: acuerdo grupal	61
Disposiciones sobre la terminación y la renovación.....	61
Fecha de vigencia de la terminación.....	61
Terminación por causa justificada	61
Terminación por falta de pago.....	61
Reingreso	62
Reembolsos.....	62
Cambios en la ley	62
Elección de no renovar	62
Falta de acuerdo sobre la prima de renovación	62
Extensión de beneficios a partir de la terminación	63
Continuación de la atención	63
Miembro totalmente discapacitado	63
Terminación de los beneficios: miembro individual.....	64
Pérdida de la elegibilidad.....	64
Elección de otro plan de cobertura	64

Falta de entrega de información o entrega de información incompleta	64
Fraude o engaño	64
Conducta problemática.....	65
Falta de pago.....	65
Reembolsos.....	65
Revisión por el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) ..	65
13. Continuación individual de los beneficios	66
Cobertura grupal.....	66
<i>COBRA</i>	66
Cal-COBRA.....	66
Pagos de primas para la COBRA y la Cal-COBRA.....	66
Plazos	67
¿Quién no puede inscribirse en la COBRA federal o en la Cal-COBRA?	67
¿Cuándo termina su cobertura al amparo de la COBRA y la Cal-COBRA?.....	67
Cobertura individual	68
Plan de Conversión Individual (ICP)	68
14. Procedimientos de quejas y apelaciones de Alliance.....	70
Quejas y problemas/reclamos y apelaciones	70
Márgenes de tiempo.....	71
Evaluación médica independiente (IMR).....	71
Denegaciones de servicios de experimentación o investigación	72
Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California.....	73
15. Otras disposiciones	74
Participación en las políticas públicas.....	74
Ley aplicable.....	74
Aviso de prácticas de información.....	74
Satisfacción del miembro.....	74

Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos.....	75
Derecho del plan de salud a cambiar los beneficios y los cobros	76
Limitaciones de otras coberturas	76
Desastres naturales, interrupciones y limitaciones.....	76
Contratistas independientes.....	76
Pago a los proveedores.....	76
Notificación de terminación del contrato de un proveedor.....	77
Compensación a los trabajadores.....	77
Acceso para discapacitados	78
Acceso físico	78
Acceso para personas con algún impedimento auditivo.....	78
Acceso para personas con problemas de la vista	78
Quejas sobre el acceso para discapacitados.....	78
Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990	78
16. Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Alameda Alliance for Health.....	79
Tipo de información que conservamos	79
Cómo podemos usar o divulgar información sobre usted	80
Cuándo no podemos usar o divulgar información sobre usted	82
Es posible que Alliance se comunique con usted	82
Sus derechos de privacidad	83
Cambios a este Aviso sobre Prácticas de Privacidad	84
Quejas	84
17. Definiciones	86

1. Divulgación, contactos y resumen de los beneficios y la cobertura

Este folleto brinda un resumen de los beneficios del plan de salud.

Divulgación

Este folleto es el Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Alliance Group Care para los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de Alameda Alliance for Health (Alliance). Este folleto de EOC incluye los términos de la cobertura. **Solamente es un resumen de la cobertura del plan de salud** (*consulte la Tabla de beneficios y cobertura que se encuentra en esta sección para obtener más v*

Para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura, debe consultarse el contrato grupal (Acuerdo) entre Alliance y la autoridad pública para los trabajadores de IHSS en el Condado de Alameda (Autoridad Pública). Alliance puede proporcionar una copia del contrato del plan previa solicitud. (*Consulte la Lista de información de contacto al inicio de esta EOC*).

El año de beneficios de esta EOC abarca del 1 de octubre al 30 de septiembre. Tiene derecho a revisar este folleto de EOC antes de inscribirse. Debe leer este folleto de EOC con atención. De esta manera, sabrá quién o qué grupos pueden proporcionarle los servicios de cuidado de la salud. Si tiene necesidades de atención médica especiales, lea con cuidado las partes de este folleto que se apliquen a usted.

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

Información de contacto

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
Alameda Alliance for Health	Número principal: 510.747.4500 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929	1240 South Loop Road Alameda, CA 94502	www.alamedaalliance.org
Departamento de Servicios al Miembro de Alliance	Número de teléfono: 510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929	Alliance Member Services Department P.O. Box 2818 Alameda, CA 94501-0818	www.alamedaalliance.org/contact-us
Departamento de Quejas y Apelaciones de Alliance	Número de teléfono: 510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738	1240 South Loop Road Alameda, CA 94502	Para presentar una queja en línea, los miembros deben iniciar sesión en el portal para miembros. Visite www.alamedaalliance.org y consulte la información sobre el inicio de sesión.
Programación de servicios de interpretación de Alliance (para programar servicios de interpretación en persona)	Número de teléfono: 510.747.4567 Línea gratuita: 1.877.932.2738 Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): 711/1.800.735.2929		
Programas de Salud de Alliance	Número de teléfono: 510.747.4577 Línea gratuita: 1.877.932.2738		www.alamedaalliance.org
Programa de Administración de Casos de Obstetricia (OBCM) de Alliance	Línea gratuita: 1.877.251.9612 Seleccione el idioma preferido, luego oprima 4 para el Programa OBCM de Alliance.		
Beacon Health Strategies (también conocido como College Health IPA; proveedor de salud conductual subcontratado para servicios de salud mental para	Línea gratuita: 1.855.856.0577 TTY: 1.800.735.2929	5365 Plaza Drive Cypress, CA 90630	www.beaconhealthstrategies.com

ALLIANCE GROUP CARE

Divulgación, información de contacto y resumen de los beneficios y la cobertura

Entidad	Número de teléfono	Dirección	Sitio web
pacientes ambulatorios)			
California Children's Services (CCS)	Número de teléfono: 510.208.5970	1000 Broadway Suite 500 Oakland, CA 94607	www.dhcs.ca.gov/services/ccs
Community Health Center Network (CHCN)	Número de teléfono: 510.297.0200	101 Callan Avenue 3rd Floor San Leandro, CA 94577	www.chcnetwork.org
Servicios dentales (comuníquese con la autoridad pública)	Número de teléfono de la autoridad pública: 510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org
Centro de Ayuda de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de California del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)	Línea gratuita: 1.888.466.2219 TDD: 1.877.688.9891	980 Ninth Street Suite 500 Sacramento, CA 95814	www.dmhc.ca.gov
Autoridad pública para los trabajadores de los Servicios de Apoyo en el Hogar del Condado de Alameda	Número de teléfono: 510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org
Servicios de la vista Comuníquese con la autoridad pública	Número de teléfono de la autoridad pública: 510.577.3552	6955 Foothill Blvd. 3rd Floor Oakland, CA 94605	ac-pa4ihss.org
Línea directa de interpretación disponible las 24 horas (para servicios de intérpretes por teléfono)	Número de teléfono: 510.809.3986		
Línea de enfermería para la salud, las 24 horas, los 7 días de la semana	Línea gratuita: 1.855.383.7873 (Use el n.º de NIP 690)		

Tabla de beneficios y cobertura

Esta tabla proporciona un resumen de sus beneficios y se puede usar para ayudarlo a comparar los beneficios. (Consulte la Sección 8: Lista de beneficios médicos de este folleto de EOC para obtener más información).

Máximo anual o de por vida

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

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Acupuntura	Autorremisión a un proveedor de Alliance por 10 consultas por cada año de beneficios.	Copago de \$5 por consulta
Anteojos y lentes para cataratas	Anteojos para cataratas, lentes de contacto para cataratas, lentes intraoculares, anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales, según sea necesario, luego de la cirugía de cataratas.	Sin copago
Servicios quiroprácticos	Autorremisión a un proveedor de Alliance por 20 consultas por cada año de beneficios.	Copago de \$10 por consulta
Control y tratamiento de la diabetes	Servicios, suministros y equipo para el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, la diabetes no insulino dependiente y la diabetes gestacional, según sea médicamente necesario.	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 por visitas al consultorio médico Copago de \$10 por medicamentos recetados genéricos o de \$15 por medicamentos recetados de marca
Servicios de diagnóstico y de laboratorio	Servicios terapéuticos y radiológicos (como rayos X), electrocardiograma (ECG), electroencefalograma (EEG), mamografía y otras pruebas diagnósticas radiológicas y de laboratorio, pruebas de detección de cáncer y diálisis renal.	Sin copago
Equipo médico duradero	Equipo médico apropiado para su uso en el hogar, oxígeno y equipo de oxígeno, bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios.	Sin copago
Cobertura de salud en emergencias médicas	Servicios de cuidado de la salud de emergencia las 24 horas (tal como se definen en la Sección 7: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina para servicios tanto dentro como fuera del área de servicio de Alliance). (Exento de copago si el miembro es hospitalizado).	Copago de \$35 por consulta
Servicios de planificación familiar	Variedad de servicios de planificación familiar, incluidos el asesoramiento, los procedimientos quirúrgicos y los anticonceptivos de venta con receta.	Sin copago

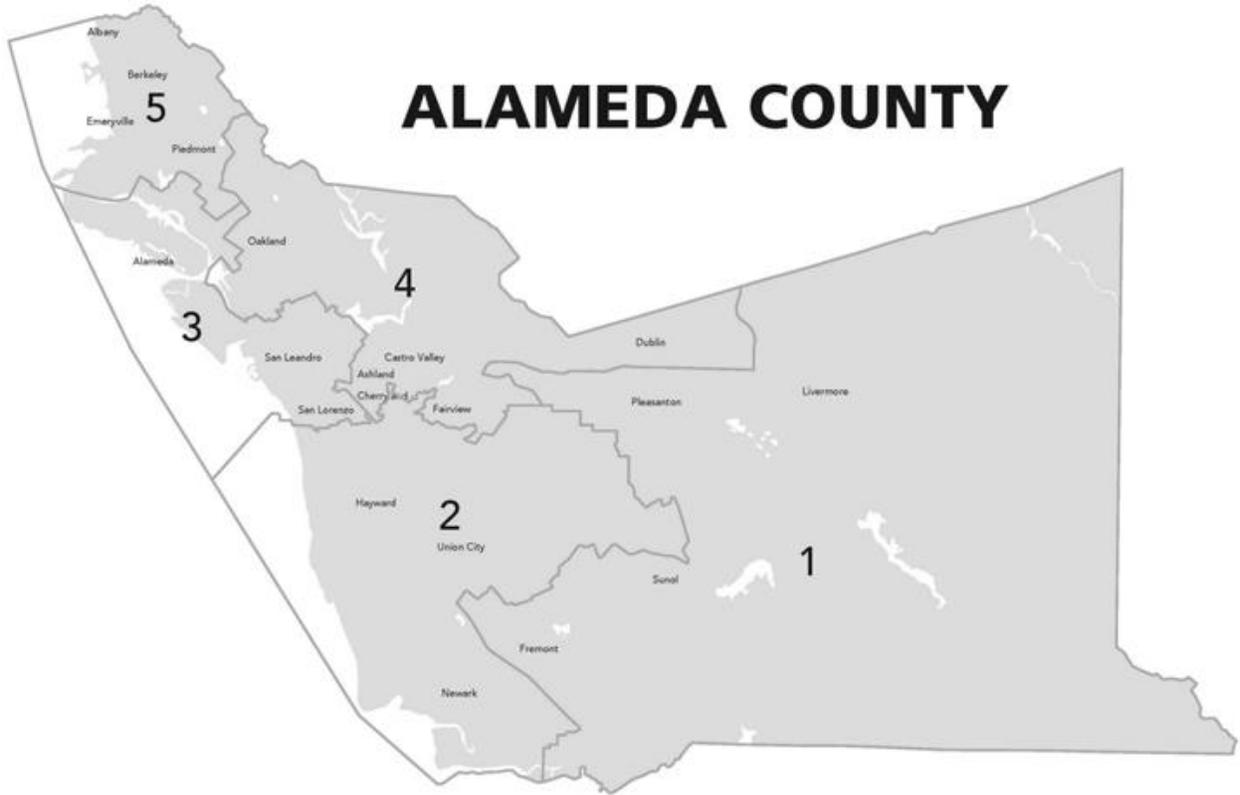
Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de aparatos de corrección auditiva	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de aparatos de corrección auditiva: examen audiológico para medir la pérdida auditiva y evaluación de corrección auditiva, corrección auditiva monoaural o binaural, incluidos los moldes auriculares, los instrumentos de corrección auditiva, las baterías iniciales, las cuerdas y otros equipos auxiliares, y las visitas al consultorio por un (1) año consecutivo posterior a la provisión del aparato de corrección auditiva cubierto. El remplazo de aparatos de corrección auditiva se limita a una vez cada tres (3) años de beneficios. 	Sin copago
Servicios de cuidado de la salud en el hogar	Deben ser recetados o seguir las instrucciones del médico tratante u otra autoridad adecuada designada por Alliance.	<ul style="list-style-type: none"> \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla proporcionada en el hogar \$10 por visita del médico
Servicios paliativos	Cuidado de enfermería médicamente necesario, servicios sociales médicos, servicios de asistente en el cuidado de la salud en el hogar, servicios médicos, medicamentos, suministros y aparatos médicos, asesoramiento y servicios de asistencia por duelo, persona de asistencia en el cuidado del hogar, voluntarios, terapia física, ocupacional y del habla.	Sin copago
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Pacientes hospitalizados: habitaciones semiprivadas y comidas, cuidado general de enfermería, servicios auxiliares incluido el quirófano, la unidad de cuidados intensivos, los medicamentos recetados, laboratorio y radiología, la terapia física, ocupacional y del habla, los cuidados paliativos a corto plazo para pacientes hospitalizados para cuidado temporal de reemplazo, manejo del dolor y manejo de los síntomas.	Copago de \$100 por admisión excepto por atención de embarazo y maternidad

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios para trastornos por uso de sustancias (SUD) y de alcohol para pacientes hospitalizados y ambulatorios	Los servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados se brindan a través de Beacon Health Strategies. Los miembros pueden llamar al 1.855.856.0577 para acceder a estos servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por admisión de un paciente en el hospital • Copago de \$10 por el beneficio de consultas de trastornos por el consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) en el consultorio para pacientes ambulatorios • Sin copago por los beneficios de SUD para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio
Transporte médico	Transporte en ambulancia cuando sea médicamente necesario.	Sin copago
Servicios de salud mental (MH)	Los servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados se brindan a través de Beacon Health Strategies. Los miembros pueden llamar al 1.855.856.0577 para acceder a estos servicios. <ul style="list-style-type: none"> • No se aplican limitaciones de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$100 por admisión de un paciente en el hospital • Copago de \$10 por el beneficio de consultas de salud mental (Mental Health, MH) en el consultorio para pacientes ambulatorios • Sin copago por beneficios de MH para pacientes ambulatorios que no sean visitas al consultorio
Trasplantes de órganos	Trasplante de órganos y médula ósea médicamente necesarios que no sean experimentales ni de naturaleza investigativa. Gastos médicos y hospitalarios razonables de un donante o persona identificada como donante potencial, si los gastos están directamente relacionados con el trasplante para un miembro.	Sin copago
Aparatos ortopédicos y prótesis	Reemplazo médicamente necesario de dispositivos ortopédicos y prótesis según lo prescribió un proveedor de Alliance. Cobertura por los dispositivos de prótesis iniciales y subsiguientes y los accesorios de instalación para restituir un método de habla luego de una laringotomía, y calzado terapéutico para diabéticos.	Sin copago

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios para pacientes ambulatorios	Servicios y suministros para tratamientos (incluidas la radiación y la quimioterapia) o cirugías en un centro hospitalario ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio.	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 por terapia física, ocupacional y del habla Copago de \$35 por servicios de cuidado de la salud de emergencia
Fenilcetonuria (PKU)	<ul style="list-style-type: none"> Exámenes y tratamiento de la fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU). Fórmulas y productos alimenticios especiales para el tratamiento de la PKU. 	Sin copago
Visitas al consultorio médico	Visitas al consultorio.	Copago de \$10, excepto por servicios de salud preventivos
Terapia física, ocupacional y del habla	<ul style="list-style-type: none"> La terapia puede ser proporcionada en un consultorio médico u otro establecimiento ambulatorio apropiado, hospital, centro de enfermería especializada o en el hogar. Limitado a una terapia a corto plazo de un periodo no mayor a 60 días calendario consecutivos por afección (puede extenderse más de 60 días si es médicamente necesario y si la afección experimentará una mejora significativa). La limitación de los 60 días no se aplica a la terapia para pacientes con trastorno de desarrollo generalizado (pervasive developmental disorder, PDD) ni autismo. Sin embargo, dicha terapia está sujeta a revisión cada seis (6) meses y a modificaciones cuando sea preciso. 	Copago de \$10 por terapia física, ocupacional y del habla
Embarazo y atención de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales y hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos los cuidados prenatales y posnatales, de recién nacidos y de enfermería para el recién nacido del miembro. La cobertura para recién nacidos está limitada a los primeros 30 días de vida. 	Sin copago
Cobertura de medicamentos recetados	<ul style="list-style-type: none"> Suministro para 30 días Un (1) ciclo de medicamentos para dejar el tabaco por año de beneficios. Medicamentos para pacientes hospitalizados: sin copago por medicamentos recetados provistos en un centro de hospitalización o por medicamentos administrados en el consultorio de un proveedor o en un centro para pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$10 por medicamentos recetados genéricos y de \$15 por medicamentos recetados de marca

Beneficio	Descripción/limitaciones	Copago
Servicios de salud preventivos	<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes de salud periódicos ● Inmunizaciones ● Pruebas visuales y auditivas ● Detección de enfermedades de transmisión sexual ● Detección y asesoría confidencial de VIH ● Pruebas anuales de detección de cáncer cervical, incluido el Papanicolaou ● Mamografías 	Sin copago
Cirugía reconstructiva	Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades cuando se lleva a cabo para: (A) mejorar la función o (B) crear una apariencia normal en la medida de lo posible.	Sin copago
Atención de enfermería especializada	Atención de enfermería especializada cuando sea médicamente necesaria, incluido alojamiento y comida, rayos X y servicios de laboratorio, y otros servicios auxiliares, medicamentos y suministros hasta por 100 días por año de beneficios.	Sin copago
Servicios de aborto	Estos servicios están disponibles sin una remisión o autorización. Sin embargo, estos servicios no están cubiertos si son realizados por un proveedor fuera del plan. Para obtener información llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance (consulte la Lista de información de contacto para obtener más información).	Copago de \$10 por consulta
Servicios de cuidado de urgencia	Servicios recibidos en un centro de cuidado de urgencia. (Exento de copago si el miembro es hospitalizado).	Copago de \$10 por consulta

Área de servicio



2. Introducción

¡Bienvenido a Alameda Alliance for Health (Alliance)!

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

Este folleto

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

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o cualquiera de los beneficios del plan, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Servicios al Miembro

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

- Podemos aclarar sus dudas sobre el plan de salud.
- Podemos ayudarle a elegir un médico de cabecera.
- Podemos decirle dónde obtener los servicios que necesite.
- Podemos proporcionarle servicios de traducción, si el inglés no es su lengua de preferencia.
- Podemos ayudarle a programar un intérprete para su cita médica.
- Podemos resolver sus dudas sobre la aprobación de los servicios (las autorizaciones y el proceso de gestión de utilización [utilization management, UM]).
- Los miembros con impedimentos auditivos y del habla pueden usar el Servicio de Retransmisión de California (California Relay Service, CRS) o teletipo (TTY).
- Podemos proporcionarle la información de beneficios y las cartas del plan en su idioma o en un formato como braille, materiales impresos en letra grande o en audio.
- Hay servicios lingüísticos disponibles para los miembros que no hablen inglés.

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance para pedir ayuda de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Servicios lingüísticos

Si usted o su representante prefieren hablar en un idioma que no sea inglés, incluido el lenguaje de señas de Estados Unidos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener el número de teléfono*). Nuestro personal puede ayudarle a encontrar a un proveedor de atención médica que hable su idioma. Si no encuentra un proveedor de atención médica que cumpla con sus necesidades lingüísticas, puede solicitar los servicios de un intérprete para las consultas médicas **sin ningún costo para usted** o para su proveedor. Le pedimos que no utilice a familiares, niños o amigos como intérpretes.

Los servicios de interpretación están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los proveedores y hospitales de Alliance también deben ofrecerle la ayuda de un intérprete profesional, ya sea en persona o por teléfono.

Para programar los servicios de interpretación en persona, traducciones o formatos alternativos de materiales de beneficios:

Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Para programar los servicios de interpretación en persona, llame con 72 horas de anticipación. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Para obtener servicios de interpretación por teléfono fuera del horario normal de atención: Llame a nuestra línea directa de interpretación disponible las 24 horas. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Este folleto, así como otro tipo de materiales informativos, está disponible en español y chino y en otros formatos, según se solicite. Si no se satisfacen sus necesidades lingüísticas, puede presentar una queja (*Consulte la Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones de Alliance para obtener más información*).

Tarjeta de identificación de miembro

Todos los miembros reciben una tarjeta de identificación (ID) de miembro. Esta tarjeta contiene información importante sobre sus beneficios médicos. Si no ha recibido su tarjeta de identificación de miembro de Alliance o si la perdió, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). Le enviaremos una tarjeta nueva.

Muestre a su proveedor su tarjeta de identificación de miembro de Alliance cuando reciba atención médica o surta sus recetas médicas en la farmacia.

Solamente el miembro puede recibir servicios médicos con su tarjeta de identificación de miembro de Alliance. Si una persona que no sea el miembro usa una tarjeta, se le cobrarán a

esa persona los servicios que reciba. Si usted deja que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro, Alliance podría cancelar o dar por concluida su cobertura.

Derechos y responsabilidades del miembro

Como miembro de Alliance tiene derecho a:

1. Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
2. Obtener información sobre Alliance, sus programas, sus médicos y la red de atención médica.
3. Ser tratado con respeto en todo momento. Alliance valora su dignidad y derecho a la privacidad.
4. Mantener la privacidad de su información de salud.
5. Colaborar con su médico en el proceso de tomar decisiones sobre su atención médica. Esto incluye el derecho a negarse a recibir tratamiento.
6. Hablar libremente con sus médicos acerca de las opciones de tratamiento para su problema médico, más allá del costo o de la cobertura del beneficio.
7. Expresar las quejas o apelaciones, ya sea oralmente o por escrito, acerca de Alliance, sus médicos o la atención que prestamos.
8. Dar su opinión acerca de la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Alliance.
9. Elegir un médico de la red de Alliance.
10. Recibir servicios de interpretación en el idioma que usted habla sin ningún costo. Esto incluye la interpretación cuando recibe atención médica fuera del horario de atención.
11. Tener acceso a lo siguiente:
 - a. tratamiento contra enfermedades de transmisión sexual
 - b. atención de emergencia fuera de la red de Alliance como se detalla en la ley federal
12. Recibir información acerca de una instrucción anticipada y crear una.
13. Revisar sus expedientes médicos, solicitar cambios y recibir una copia de ellos.
14. Retirarse de Alliance, si así lo solicita, en cualquier momento, sujeto a cualquier periodo restringido de cancelación de la inscripción.
15. Obtener información para miembros en otros formatos. Esto incluye braille, materiales impresos en letra grande o en audio.
16. No estar sujeto a ningún tipo de control o límites usados como medida de presión, reproche, venganza o para aligerar la carga de trabajo de Alliance o su médico.
17. Recibir información sobre su afección médica y sus opciones de plan de tratamiento que sea fácil de comprender.
18. Hacer uso libremente de estos derechos sin que por eso se altere la forma en que Alliance, los médicos, la red de atención médica o el Estado lo tratan.
19. Tiene la libertad de usar estos derechos sin temor a que lo perjudiquen por eso.

Si desea obtener más información sobre su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico o sobre las instrucciones anticipadas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Como miembro de Alliance, usted es responsable de lo siguiente:

1. Informar a Alliance y a sus médicos lo que necesiten saber (en la medida de lo posible) para poder brindarle la atención.
2. Seguir los planes y consejos relacionados con la atención que usted haya acordado con sus médicos.
3. Aprender sobre sus problemas de salud y ayudar a establecer las metas del tratamiento.
4. Colaborar con su médico.
5. Presentar siempre su tarjeta de identificación de miembro de Alliance cuando reciba servicios.
6. Hacer preguntas sobre cualquier problema médico y asegurarse de que comprende a su médico y el plan para su atención.
7. Dar información correcta a sus médicos y a Alliance.
8. Ayudar a Alliance a mantener registros precisos y actualizados. Comuníquese con nosotros tan pronto como tenga cambios de dirección, estado familiar y otra cobertura de atención médica.
9. Hacer y asistir a sus citas médicas. Informe a su médico por lo menos con 24 horas de anticipación cuando deba cancelar una cita.
10. Tratar con respeto y cortesía a todo el personal de Alliance y al personal de atención médica.
11. Usar la sala de emergencias sólo en una emergencia o cuando su médico lo dirija a la sala de emergencias.

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

Requisitos de elegibilidad

Usted será inscrito en el Programa Alliance Group Care de conformidad con las reglas y regulaciones establecidas por la autoridad pública. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Dependientes

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

Otras reglas de elegibilidad

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

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

Notificación de cambios en la elegibilidad

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

Fecha de inicio de cobertura

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

Cobertura de repuesto

La fecha de vigencia de la inscripción para la cobertura no se aplazará, en virtud de que Alliance proporciona cobertura de repuesto conforme a la Sección 1399.63 de la Ley Knox-Keene, en un plazo de 60 días contados a partir de la fecha de la suspensión del plan de salud grupal previo de la autoridad pública para los miembros que contaban con una cobertura vigente en dicho plan de salud previo de la autoridad pública en la fecha de la suspensión. Sin embargo, con respecto a los miembros que estén completamente discapacitados en la fecha de la suspensión del plan de salud previo de la autoridad pública y tengan derecho a la extensión de los beneficios conforme a la Sección 1399.62 de la ley, no es responsabilidad de Alliance brindarles beneficios por los servicios o gastos que se relacionen directamente con cualquier enfermedad que haya causado la discapacidad total. Cualquier fecha de vigencia de la inscripción que se aplase no tendrá vigor en tanto lo prohíban las leyes correspondientes.

Responsabilidades económicas

Cuotas periódicas de prepago

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

Copagos, deducibles y otros cargos

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

Si tiene dudas acerca de los copagos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

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

4. Elección de los médicos, proveedores y centros

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

Ubicaciones de los centros y de los proveedores

Usted recibió un Directorio de proveedores en su paquete de inscripción. Para obtener otra copia, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). También puede consultar el Directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. El Directorio de proveedores enumera todos los proveedores que tienen un contrato con el plan para proporcionar los servicios a los miembros de Alliance Group Care. En el directorio se incluye el nombre y la ubicación de los médicos de cabecera, los médicos especialistas, los profesionales de la atención médica que no son médicos, las clínicas, los centros de enfermería especializada y los hospitales. Antes de elegir un médico de cabecera, debe llamar a su consultorio para verificar que acepte pacientes nuevos.

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos en virtud de su contrato con el plan y que usted o sus familiares podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de las trompas en el momento de la labor de parto y el parto; tratamientos de esterilidad; o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, a su grupo médico, a su asociación de consultorios independientes o clínica, o llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al 510.747.4567 o a la línea gratuita al 1.877.932.2738 para garantizar que pueda obtener los servicios de cuidado de la salud que necesita.

Obligación de pago por parte de los miembros

Los miembros no son responsables de pagar los servicios cubiertos, excepto los copagos correspondientes, si cuentan con las remisiones y autorizaciones para recibir los servicios que sean médicamente necesarios. Si el miembro recibe servicios sin pedir a su médico de cabecera la aprobación requerida o no se apega a los procedimientos de autorización o remisión de Alliance, dichos servicios no estarán cubiertos y el miembro tendrá la obligación de pagarlos de forma íntegra, excepto en caso de emergencias. Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios médicos que no sean de emergencia ni de urgencia, comuníquese con su médico de cabecera para obtener una autorización antes de recibir estos servicios. No están cubiertos los servicios que no son urgentes ni de emergencia recibidos fuera del área de servicio de Alliance si no obtuvo la autorización de Alliance antes de recibir dichos servicios. Sin embargo, los miembros no tendrán la obligación de pagar los servicios de emergencia. En caso de que el plan no pague a un proveedor no contratado por los servicios prestados, es posible que el miembro sea responsable ante el proveedor no contratado por el costo de los servicios.

Alliance está regulada por el DMHC. En caso de que Alliance no le pague a un proveedor del plan, el miembro no será responsable de pagar el dinero que Alliance le deba al proveedor del

plan. Para recibir los servicios que no proporcionan los proveedores del plan, dentro del área de servicio, los miembros deben consultar antes a su médico de cabecera. A su vez, el médico de cabecera o Alliance necesitarán autorizar el servicio con anticipación, a menos que se presente una situación de urgencia o emergencia, en cuyo caso no es necesaria la autorización. *(Para obtener más información, consulte la Sección 6: Cómo usar su plan de salud y la Sección 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina).*

Cómo elegir y acceder a un médico de cabecera

Es necesario que tenga un médico de cabecera y debe elegirlo en un plazo de 30 días a partir de la fecha de inicio de la cobertura. Elija a un médico de cabecera del Directorio de proveedores. Puede solicitar una copia impresa del Directorio de proveedores si llama al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance o visita nuestro sitio web para obtener nuestro Directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org**. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información)*. Su médico de cabecera debe estar dentro de la red de proveedores de Alliance y cerca de donde trabaja o vive. En caso de que el médico de cabecera que elija no acepte pacientes nuevos, se le pedirá que seleccione otro médico de cabecera.

Si no elige a su médico de cabecera en un plazo de 30 días contados a partir de que se vuelva un miembro, le informaremos que no hemos recibido su elección y nosotros elegiremos a un médico de cabecera para usted. Haremos todo lo razonablemente posible para elegirle a un médico de cabecera con base en sus necesidades. Si no está conforme con la elección que hicimos, puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance para elegir un médico de cabecera usted mismo. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información)*.

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

Trabajamos con médicos de cabecera y médicos especialistas calificados. Para conocer los antecedentes de uno de los médicos en nuestra red, como su especialidad o si está certificado por el Consejo, visite nuestro sitio web para obtener nuestro Directorio de proveedores en línea en **www.alamedaalliance.org** o llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información)*.

Si necesita ayuda para elegir un médico de cabecera, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información)*.

Cómo programar una cita

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

Es posible que no pueda ver a su proveedor de manera inmediata cuando llame para programar una cita. Los proveedores de Alliance deben satisfacer al menos los siguientes estándares para programar una cita.

A continuación se indican los tiempos de espera para los tipos de proveedores de Alliance, que son los siguientes: médicos de cabecera, de servicios auxiliares, de especialidad y de salud mental.

Tipo de cita	Condiciones	Margen de tiempo desde que solicita la cita
Cuidado de urgencia	Servicios que no requieren autorización previa	Hasta 48 horas
	Servicios que requieren autorización previa	Hasta 96 horas
Atención no urgente	Para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otros problemas de salud	Hasta 10 días hábiles
Atención no urgente proporcionada por un especialista	Citas no urgentes con médicos especialistas	Hasta 15 días hábiles*
Cuidado de la salud mental no urgente	Citas no urgentes con un proveedor de salud mental que no sea un médico	Hasta 10 días hábiles*
Atención auxiliar no urgente	Para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones de salud	Hasta 15 días hábiles*

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

Atención preventiva y de seguimiento: Los servicios de atención preventiva y de atención de seguimiento periódica que se indican a continuación pueden programarse con anticipación conforme a los estándares de práctica reconocidos profesionalmente según lo haya

determinado el proveedor de atención médica responsable, que actúe dentro de su competencia profesional:

- remisiones permanentes para problemas crónicos
- embarazo
- afecciones cardíacas
- enfermedades mentales
- servicios de laboratorio y radiología
- otros seguimientos según lo indique su proveedor

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

“Triaje” o “detección” significa la evaluación de las inquietudes sobre la salud y los síntomas de un miembro mediante la comunicación con un médico, un enfermero registrado o algún otro profesional de la salud calificado que actúe dentro de su competencia profesional y que esté capacitado para seleccionar o clasificar a un miembro que pueda necesitar atención con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de atención del miembro.

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

Cuando tenga una cita, llegue a tiempo. Para aprovechar mejor su tiempo con el médico de cabecera:

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

Su examen médico inicial

Todos los miembros nuevos deben consultar a su médico de cabecera para realizarse un examen médico inicial dentro de los cuatro (4) primeros meses como miembros de Alliance. Esta primera consulta con su nuevo médico de cabecera es importante. Es el momento de conocerse y de revisar su salud. Su médico de cabecera le ayudará a entender sus necesidades

médicas y le hará recomendaciones para mantenerse sano. ¡Llame hoy mismo al consultorio de su médico de cabecera para solicitar una cita!

Cómo cambiar una cita

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

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

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

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

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

Cómo cambiar de médico de cabecera

Lo mejor es permanecer con el mismo médico de cabecera para que pueda conocer sus necesidades. Sin embargo, puede cambiar su médico de cabecera por la razón que sea. Si necesita ayuda para cambiar su médico de cabecera, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Si pide un cambio el día 5 del mes o antes de este día, el cambio entrará en vigor el día 1 del mismo mes. Si pide un cambio después del día 5 del mes, el cambio entrará en vigor el día 1 del mes siguiente.

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

Es posible que nosotros solicitemos que cambie de médico de cabecera si usted:

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

Le haremos saber por escrito cuando deba cambiar de médico de cabecera.

Cómo obtener atención cuando el consultorio de su médico de cabecera está cerrado

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

También puede llamar a la Línea de consulta de enfermería gratuita de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Continuación de la atención***Para los miembros nuevos***

En algunas circunstancias, Alliance proporcionará continuidad de la atención para los miembros nuevos que reciben servicios médicos de un proveedor no participante, como un médico u hospital, cuando Alliance determine que la continuación del tratamiento con un proveedor no participante es médicamente adecuada. Si usted es un miembro nuevo, puede solicitar permiso para seguir recibiendo servicios médicos de un proveedor no participante si ya estaba recibiendo dicha atención antes de inscribirse a Alliance y si tiene alguna de las siguientes afecciones:

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

Para obtener una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). Por lo general, la elegibilidad para recibir la continuidad de la atención se basa en su afección médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su afección. Si su solicitud es aprobada, usted sólo será económicamente responsable de los copagos que se apliquen de acuerdo con este plan.

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

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

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

Proveedores que dejan el plan

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

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

- **Afección aguda:** Se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure dicha afección aguda.
- **Embarazo (incluida la atención después del parto):** Se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante todo el embarazo cuando (1) el embarazo sea de alto riesgo o (2) la miembro esté en el segundo o tercer trimestre.

- **Afección crónica grave:** Se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos durante el tiempo necesario para concluir un tratamiento y para coordinar la transferencia segura a otro proveedor, según lo que determine Alliance en conjunto con el miembro y el proveedor que haya dejado el plan, y de acuerdo con las buenas prácticas profesionales. La conclusión de los servicios cubiertos no podrá exceder los 12 meses a partir de la fecha de vencimiento del contrato con el proveedor.
- **Cirugías o procedimientos:** La realización de cirugías u otros procedimientos que haya autorizado Alliance como parte de un tratamiento a seguir documentado y que el proveedor haya recomendado y documentado para que se llevaran a cabo en un plazo de 180 días a partir de la fecha de vencimiento del contrato del proveedor.
- **Enfermedad terminal:** Se proporcionará la conclusión de los servicios cubiertos mientras dure la enfermedad terminal. La conclusión de los servicios cubiertos puede exceder los 12 meses a partir del momento en que finalice el contrato del proveedor con Alliance.

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

Para obtener una copia de nuestra política de continuidad de la atención, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). Por lo general, la elegibilidad para recibir la continuidad de la atención se basa en su afección médica. La elegibilidad no se basa estrictamente en el nombre de su afección. La continuidad de la atención no brinda cobertura para los beneficios que no estén cubiertos en virtud de este acuerdo. Si su solicitud es aprobada, usted sólo será económicamente responsable de los copagos que se apliquen de acuerdo con este plan.

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

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

5. Acceso oportuno a la atención

Consulte la tabla de la página 17 para conocer los tiempos de espera previstos para los diferentes tipos de citas.

6. Cómo usar su plan de salud

Remisiones y autorizaciones de servicios

Remisiones a especialistas

Su médico de cabecera lo remitirá a un especialista para todos los servicios cubiertos médicamente necesarios que el médico no pueda proporcionar. Usted será remitido a un especialista de Alliance.

Si su médico de cabecera es proveedor de la Community Health Center Network (CHCN), esta información aparecerá en su tarjeta de identificación de miembro de Alliance. Si ve esta información en su tarjeta de identificación de miembro de Alliance, quiere decir que necesitará ver a un especialista dentro de su red. Si tiene dudas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

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

- visitas al consultorio de los médicos especialistas de Alliance
- rayos X de diagnóstico, incluidas las mamografías
- servicios de laboratorio

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental se brindan a través de Beacon Health Strategies. Los miembros pueden llamar al **1.855.856.0577** para acceder a estos servicios.

Remisiones permanentes

Si usted tiene una afección o enfermedad que requiera atención médica especializada durante un periodo prolongado, es posible que necesite una remisión permanente para un especialista con el fin de recibir la atención especializada continua. Si usted recibe una remisión permanente, no necesitará obtener una remisión cada vez que vea a ese especialista. Además, si su afección o enfermedad pone en riesgo su vida, es degenerativa o inhabilitante, es posible que usted necesite una remisión permanente para un especialista o centro de atención especializado que sea experto en el tratamiento de su afección o enfermedad, y con el fin de que el especialista coordine su atención médica.

Para obtener una remisión permanente, llame a su médico de cabecera.

Servicios que no requieren una remisión: proveedores de Alliance

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

- diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- planificación familiar
- servicios de ginecología (OB/GYN)
- atención prenatal
- servicios que proporciona su médico de cabecera
- servicios de aborto
- servicios de urgencia o emergencia (*para obtener más información, consulte la Sección 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina*)
- el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual o la violación, incluida la recopilación de evidencia médica respecto al presunto abuso sexual o violación

Autorizaciones

Alliance deberá autorizar algunos servicios médicos, equipo médico o medicamentos antes de que usted los obtenga. Este proceso se llama gestión de utilización o UM. Su proveedor sabe qué servicios requieren una autorización. La aprobación previa se hace pidiendo a su proveedor que entregue una solicitud de autorización a Alliance. La autorización se revisa para garantizar que usted esté recibiendo servicios que son médicamente necesarios y que están cubiertos por su plan de salud.

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

1. Antes de tomar una decisión de UM, revisamos si un servicio es médicamente necesario y si Alliance lo cubre. Cuando Alliance recibe una solicitud de autorización de un proveedor, nuestro personal médico (médicos, enfermeros y farmacéuticos) la revisa. Nuestro personal revisa cada caso para asegurarse de que usted obtenga la calidad y el tratamiento más apropiado para su afección médica, de acuerdo con los lineamientos clínicos.
2. Cuando se niega a un miembro la cobertura para recibir un servicio, no premiamos a quien haya tomado la decisión de UM, incluidos los médicos.
3. No le damos dinero extra a nadie para evitar que usted obtenga la atención que necesita o para que obtenga menos atención.

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

Si se aprueba la solicitud de autorización, el proveedor puede otorgarle los servicios, el equipo médico o los medicamentos. En caso de que se niegue la solicitud de autorización, primero se notificará al proveedor por teléfono o por fax. Además, usted y su proveedor recibirán una

carta de nosotros en un plazo de 1 a 2 días hábiles. La carta informará a usted y al proveedor que la solicitud de autorización fue negada y por qué. También les dirá sobre su derecho a apelar la denegación y les proporcionará información sobre cómo hacerlo.

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

Los servicios que requieren una autorización incluyen, entre otros:

- equipo médico duradero, aparatos ortopédicos y prótesis
- terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)
- atención médica en el hogar
- cuidados paliativos
- servicios por abuso de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados
- servicios para pacientes hospitalizados
- servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
- terapia física, ocupacional o del habla para pacientes ambulatorios
- estimulación magnética transcraneal (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS) para pacientes ambulatorios
- pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- servicios de proveedores que no pertenecen a Alliance
- atención en un centro de enfermería especializada
- algunos medicamentos recetados

Segundas opiniones

Si tiene preguntas sobre el tratamiento o la cirugía que su proveedor dice que usted necesita, es posible que quiera una segunda opinión. Dentro de las razones por las cuales usted podría solicitar una segunda opinión están:

- Usted cuestiona lo razonable o la necesidad de un procedimiento quirúrgico recomendado.
- Usted tiene preguntas sobre el diagnóstico o sobre un plan de tratamiento de una afección crónica o de una afección que podría causar la pérdida de la vida, de alguna extremidad o de alguna función del cuerpo, o alguna discapacidad grave.
- Su proveedor no puede diagnosticar su afección, o su diagnóstico no está claro, debido a resultados de pruebas contradictorios.
- Ha intentado seguir su plan de tratamiento o consultó con su proveedor inicial acerca de sus inquietudes sobre el diagnóstico o el plan de tratamiento, pero su salud no mejora.

Le recomendamos hablar con su médico de cabecera si quiere una segunda opinión. Se requiere una autorización previa de Alliance para recibir una segunda opinión.

Si su afección médica representa una amenaza grave e inminente para su salud, incluidas, entre otras, la pérdida potencial de la vida, de alguna extremidad o de alguna función corporal

importante, o una discapacidad severa, o si un retraso perjudicaría su capacidad de recuperar su funcionamiento máximo, su solicitud para obtener una segunda opinión se procesará en un plazo de 72 horas a partir de que Alliance reciba la solicitud.

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

Si se niega su solicitud de una segunda opinión y le gustaría apelar la denegación, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. *(Para obtener más información, consulte la Lista de información de contacto).*

Nueva tecnología

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

7. Servicios disponibles

Servicios de educación sobre la salud de Alliance

Usted es la persona más importante involucrada en su salud. Las decisiones diarias que tome pueden ayudarlo a vivir una vida más saludable. Aprender sobre su cuerpo y cuidar de él le traerá beneficios. Su atención médica es un esfuerzo en equipo entre usted, su médico de cabecera y Alliance. Queremos que esté tan sano como sea posible. Esto puede implicar dejar de fumar, comer de forma más saludable, estar más activo físicamente o aprender a reducir el estrés. Si tiene alguna pregunta acerca de la educación sobre la salud, hágasela a su médico de cabecera o llame a Programas de Salud de Alliance o al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance para descubrir las maneras en que podemos ayudarlo a mantenerse sano. (*Consulte la hoja de contacto para obtener el número de teléfono*).

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

Servicios para el asma

El asma afecta tanto a los niños como a los adultos. Durante un episodio de asma (ataque) puede ser muy difícil respirar. Lo bueno es que la mayoría de las personas puede aprender a controlar el asma y mantenerse sanas. Colabore con su médico de cabecera para crear un plan de acción para el asma. Su médico de cabecera y Programas de Salud de Alliance le ayudarán a aprender cómo evitar los detonantes del asma y a usar medicamentos de la mejor manera. Con un buen control, puede ayudar a evitar ataques. Para obtener más información sobre el asma, comuníquese con Programas de Salud de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Servicios de amamantamiento

El amamantamiento da grandes beneficios a la mamá y al bebé. La leche materna tiene toda la nutrición necesaria para ayudar a su bebé a permanecer sano y es mucho menos costosa que la fórmula. Alliance ofrece recursos para el amamantamiento, como remisiones de educación gratuitas, y apoyo gratuito para el amamantamiento y remisiones para recibir extractores de leche materna. Llame a Programas de Salud de Alliance o al Programa de Administración de Casos de Obstetricia (Obstetrics Case Management, OBCM) de Alliance para conocer los servicios disponibles. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

California Children's Services (CCS)

Como parte de los servicios proporcionados, los miembros de Alliance menores de 21 años que necesiten atención médica especializada pueden ser elegibles para CCS.

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

Si el médico de cabecera de un miembro sospecha o identifica una afección que posiblemente sea elegible para el CCS, debe remitir al miembro al programa CCS local. El programa CCS (la oficina local o regional) decidirá si la afección del miembro está cubierta para obtener los servicios del CCS.

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

Alliance seguirá proporcionando la atención primaria y los servicios preventivos que no se relacionen con las afecciones elegibles, según lo descrito en este documento, y también trabajará con el programa CCS para coordinar la atención que tanto el programa CCS como Alliance proporcionen.

Servicios confidenciales de detección y asesoramiento de VIH

Usted puede obtener pruebas por parte de su médico de cabecera o de las clínicas enumeradas en la sección “Sitios de pruebas del VIH confidenciales” en el Directorio de proveedores. También puede consultar el Directorio de proveedores en línea en www.alamedaalliance.org. No necesita la aprobación de su médico de cabecera para estos servicios.

Servicios de control de la diabetes

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

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

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

información sobre los programas de educación para la diabetes, comuníquese con Programas de Salud de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Servicios por abuso de drogas y de alcohol

Los servicios de tratamiento por abuso de drogas y de alcohol (desintoxicación) son beneficios cubiertos a través del plan de salud conductual contratado por Alliance, Beacon Health Strategies. Para acceder a los servicios, los miembros pueden llamar a Beacon Health Strategies al **1.855.856.0577**.

Servicios de planificación familiar

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

Pruebas genéticas y servicios de asesoría

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

Servicios ginecológicos

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

Las mujeres deben realizarse una revisión anual (una vez al año), que incluye un examen ginecológico de su médico de cabecera o de un OB/GYN. Una buena forma de recordar estas consultas es programar una cita cerca de su cumpleaños cada año. Estas consultas la ayudarán a permanecer sana. Para obtener más información sobre estos exámenes, comuníquese con Programas de Salud de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Servicios para el recién nacido

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

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental son beneficios cubiertos a través del plan contratado de Alliance para la atención de la salud conductual, Beacon Health Strategies. Para acceder a los servicios, los miembros pueden llamar a Beacon Health Strategies al **1.855.856.0577**.

Servicios farmacéuticos para pacientes ambulatorios

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

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

Medicamentos del formulario y no incluidos en el formulario

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

Los medicamentos recetados para usted que formen parte del formulario de Alliance, generalmente no requieren autorización. Existen algunos medicamentos incluidos en el formulario que podrían tener ciertas limitaciones o requerir terapia de pasos (consulte los temas subsiguientes a continuación). Un medicamento que no esté en la lista (un medicamento no incluido en el formulario) puede aprobarse si el médico solicita una autorización y le da una razón a Alliance por la cual usted necesita ese medicamento que no está incluido en el formulario.

Para saber si un medicamento está en el formulario, o para obtener una copia del formulario, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). El formulario también está disponible en nuestro sitio web en **www.alamedaalliance.org**. Un medicamento que esté en la lista del formulario no garantiza que su médico le recete ese medicamento.

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

Si Alliance rechaza su solicitud para un medicamento con base en que el medicamento no es médicamente necesario, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una evaluación médica independiente (Independent Medical Review, IMR). (*Consulte la Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones para obtener más información*).

Medicamentos de marca y genéricos

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

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

Límites de cantidad/límite de suministro diario

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

Terapia de pasos

En algunos casos, Alliance le pide que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para dicha afección. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su afección médica, no podemos cubrir el medicamento B a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. Su médico puede pedir una autorización enviándonos un Formulario de autorización previa.

Servicios durante el embarazo

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

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

Deberá acudir con su proveedor seis (6) semanas después de tener a su bebé. Éste es un momento importante para que su proveedor observe cómo está cambiando su cuerpo después

del parto y se asegure de que usted esté bien. Algunos días después de haber dado a luz, deberá llamar al consultorio de su proveedor para programar una cita de posparto.

Atención de enfermedades de transmisión sexual

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

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

- sitios de planificación familiar
- enfermeras obstétricas certificadas y enfermeras profesionales con práctica médica certificadas
- médicos de cabecera
- sitios de pruebas y tratamiento de ETS
- especialistas en mujeres (los OB/GYN)

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

Servicios de aborto

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

8. Atención de emergencia, de urgencia y de rutina

Qué hacer durante una emergencia

Una emergencia es el inicio o comienzo repentino de una afección médica o enfermedad que es una amenaza inmediata para el bienestar del paciente (incluido el dolor agudo), y que si no obtiene atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que sucediera alguna de las siguientes consecuencias:

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

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

Cuando necesite atención de emergencia, vaya a la sala de emergencia más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Alliance al personal de la sala de emergencia. Si recibe servicios de emergencia dentro o fuera del área de servicio del plan y recibe una factura, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Atención posterior a la estabilización y de seguimiento

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

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

Si el hospital donde usted recibió los servicios de emergencia no forma parte de la red contratada de Alliance (un hospital no contratado), el hospital no contratado se comunicará con Alliance para obtener la aprobación de su estadía en un hospital no contratado.

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

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

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

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

Cómo obtener servicios de cuidado de urgencia

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

Los servicios de cuidado de urgencia son aquellos servicios:

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

Alliance cubre el cuidado de urgencia, tanto dentro como fuera del Condado de Alameda, pero hay diferentes formas de obtener los servicios de cuidado de urgencia:

En el Condado de Alameda

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

En caso de que no pueda consultar a su médico de cabecera, puede ir a cualquier centro de cuidado de urgencia dentro de la red en el Condado de Alameda. Para ver una lista de los centros de cuidado de urgencia contratados, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Fuera del Condado de Alameda

Si necesita servicios de cuidado de urgencia mientras está fuera del Condado de Alameda, le aconsejamos que llame a su médico de cabecera. Usted puede recibir cuidado de urgencia sin autorización y sin haber llamado a su médico de cabecera. Si recibe tratamiento de cuidado de urgencia mientras está fuera del área de servicio de Alliance y recibe una factura, llame a Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). (*Consulte la Sección 11: Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros*).

Servicios que no son urgentes ni de emergencia

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

Cómo obtener atención de rutina

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

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

9. Lista de beneficios médicos

Sujetos a la remisión por parte de su médico de cabecera, autorización, copagos aplicables y todos los otros términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta EOC, incluidos los que se encuentran en la lista de la sección *Exclusiones y limitaciones* generales, Alliance cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios o se determina que son servicios de atención preventiva:

Acupuntura

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

Costo para el miembro

- Copago de \$5

Exclusiones/limitaciones

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

Estudios clínicos sobre el cáncer

En los estudios clínicos sobre el cáncer se realiza investigación sobre nuevos medicamentos u otros tratamientos contra el cáncer.

Se ofrece cobertura para que un miembro participe en un estudio clínico sobre el cáncer, de las fases I a la IV, cuando el médico del miembro haya recomendado la participación en el estudio y el miembro cumpla los siguientes requisitos:

- el miembro debe haber sido diagnosticado con cáncer;
- el miembro debe ser aceptado en un estudio clínico de cáncer de fase I, II, III o IV;
- el médico del miembro que proporcione los servicios cubiertos debe recomendar la participación en el estudio clínico una vez que determine que la participación tendrá un impacto importante para el miembro; y
- el estudio debe cumplir los siguientes requisitos:
 - los estudios deben tener una intención terapéutica con documentación proporcionada por el médico que trate al miembro; y
 - alguna de las siguientes instituciones debe aprobar el tratamiento proporcionado:
 - el Instituto Nacional de Salud, la FDA, el Departamento de Defensa de los EE. UU. o el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.; o
 - involucrar un medicamento exento conforme a las regulaciones federales de una nueva aplicación del medicamento.

Los beneficios incluyen el pago de los costos relacionados con la administración de la atención de rutina para el paciente que de otro modo estarían cubiertos si no se proporcionaran en relación con el programa de un estudio clínico aprobado.

Los costos de rutina de los pacientes por estudios clínicos sobre el cáncer incluyen:

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

Costo para el miembro

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

Exclusiones/limitaciones

- Cualquier artículo o servicio proporcionado únicamente para satisfacer las necesidades de análisis y recolección de datos y que no se utilice para el manejo clínico del paciente.
- Es posible que la cobertura para estudios clínicos se restrinja a los hospitales y médicos participantes en California, a menos que el protocolo del estudio no se lleve a cabo en California.
- Los servicios de cuidado de la salud suministrados tradicionalmente por los patrocinadores de la investigación y que sean gratuitos para cualquier persona inscrita que participe en el estudio.
- Los servicios de cuidado de la salud que de otra forma no sean un beneficio (excepto los excluidos por ser experimentales o de investigación).
- La capacitación para el autocontrol de la diabetes, educación y terapia nutricional médica ambulatoria necesaria para permitir al miembro utilizar el equipo, los suministros y los medicamentos apropiadamente y conforme a lo recetado por el proveedor de Alliance del miembro.
- Los dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes.
- La provisión de medicamentos o dispositivos que no estén aprobados por la FDA que sean el objeto del estudio.
- Los servicios que no sean para el cuidado de la salud, como gastos de viaje, de vivienda y otros costos que no sean clínicos y que podrían cobrarse al miembro por participar en el estudio.

Lentes y anteojos para cataratas

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Servicios quiroprácticos

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

Costo para el miembro

- Copago de \$10

Exclusiones/limitaciones

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

Atención dental

Comuníquese con la autoridad pública para obtener información sobre los servicios dentales. (Consulte la hoja de contacto para obtener el número de teléfono).

Control y tratamiento de la diabetes

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

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

Costo para el miembro

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

Servicios de diagnóstico y de laboratorio

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

- electrocardiografía, electroencefalografía y mamografía para fines de detección o de diagnóstico
- pruebas para el control de la diabetes, el colesterol, los triglicéridos, la microalbuminuria, las lipoproteínas de alta y baja densidad (high-density/low-density lipoprotein, HDL/LDL) y la hemoglobina A-1C (glicohemoglobina)
- pruebas de detección de cáncer generalmente aceptadas que incluyen mamografía, detección de cáncer de próstata, exámenes citológicos periódicos, incluido el Papanicolaou y la opción de cualquier otra prueba de detección de cáncer cervical aprobada por la FDA cuando el proveedor de atención médica del miembro lo remita y en congruencia con la práctica médica generalmente aceptada y la evidencia científica

Costo para el miembro

- Sin copago

Equipo médico duradero (DME)

El equipo médico adecuado para usarse en el hogar que:

- está destinado para un uso repetido
- generalmente no es útil para una persona cuando no existe una enfermedad o lesión
- funciona principalmente con fines médicos

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

Ejemplos de ello incluyen:

- oxígeno y equipo de oxígeno
- Pulmo-Aide y suministros relacionados
- nebulizadores, tubos y suministros relacionados, y espaciadores para inhaladores de dosis medida
- bolsas de ostomía, sondas vesicales y suministros
- sillas de ruedas

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

- artículos de conveniencia o de comodidad
- suministros desechables, excepto bolsas de ostomía, sondas vesicales y suministros, de acuerdo con los lineamientos de cobertura de Medicare
- equipo de higiene y de ejercicio; equipo de investigación o experimental
- dispositivos no médicos por naturaleza, como los baños sauna y los elevadores o las modificaciones a la casa o al automóvil.
- equipo de lujo
- más de una (1) pieza de equipo que tenga la misma función

Servicios de emergencia

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

Una emergencia es el inicio o comienzo repentino de una afección médica o psiquiátrica o enfermedad que es una amenaza inmediata para el bienestar del paciente (incluido el dolor agudo), y que si no obtiene atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que sucediera alguna de las siguientes consecuencias:

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

Costo para el miembro

- Copago de \$35 (no se aplicará el copago si el miembro es hospitalizado)

Planificación familiar

Consulte a su médico de cabecera para recibir servicios de planificación familiar. Alliance cubre los siguientes servicios de planificación familiar cuando son médicamente necesarios o se determina que son servicios de atención preventiva:

- Visitas al consultorio para pruebas de planificación familiar.
- Medicamentos y dispositivos de anticoncepción recetados: todos los medicamentos inyectables y los dispositivos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA están cubiertos, incluso los anticonceptivos de liberación prolongada implantados internamente, como Norplant. Un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la FDA, proporcionados una sola vez.
- Asesoría en planificación familiar.
- Servicios profesionales de esterilización según los permiten las leyes federales y estatales.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Pruebas de embarazo y pruebas de laboratorio y rayos X relacionados con la planificación familiar.

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

- Medicamentos, suministros y aparatos de venta sin receta médica, incluidas las jaleas anticonceptivas, los ungüentos, la espuma, los preservativos, etc. de venta sin receta. (Consulte las *Exclusiones/limitaciones* de los beneficios de *Medicamentos recetados* en esta sección).
- Fertilización in-vitro.

Pruebas auditivas y servicios de aparatos de corrección auditiva

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

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

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

Servicios de cuidado de la salud en el hogar

Los servicios de cuidado de la salud en el hogar son servicios médicos especializados, como la terapia física a corto plazo, la terapia ocupacional, la terapia del habla y la terapia respiratoria, provistos cuando los receta un practicante del plan (sujeto a las limitaciones de consulta del beneficio de terapia física, ocupacional o del habla). Estos servicios son ofrecidos por proveedores contratados por Alliance para un miembro confinado en el hogar e incluyen las consultas de enfermeras registradas (Registered Nurse, RN), enfermeras vocacionales certificadas (Licensed Vocational Nurse, LVN) y asistentes en el cuidado de la salud en el hogar.

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

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

El plan de salud administra cuidadosamente los casos médicos para asegurarse de que se proporcione la atención adecuada en los establecimientos apropiados.

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

Costo para el miembro

- \$10 por visita para terapia física, ocupacional y del habla proporcionada en el hogar
- \$10 por visita del médico

Exclusiones/limitaciones

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

Cuidados paliativos

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

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

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

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

- Los cuidados paliativos se limitan a aquellas personas diagnosticadas con una enfermedad terminal y que eligen los cuidados paliativos para dicha enfermedad en vez de los cuidados reconstituyentes cubiertos por el plan.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

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

Los servicios de cuidado de urgencia o emergencia no necesitan una remisión o autorización. Los beneficios hospitalarios no están cubiertos si el miembro se niega a recibir la atención y el

tratamiento directamente de los proveedores de Alliance o si los servicios se reciben a través de un proveedor cuyos servicios no hayan sido autorizados.

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

- El tratamiento mientras esté en el hospital.
- La administración de sangre y componentes de la sangre.
- Los fármacos, medicamentos, líquidos intravenosos, productos biológicos y oxígeno administrados en el hospital.
- Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluida la habitación semiprivada, los alimentos (se incluyen las dietas especiales cuando son médicamente necesarias) y el cuidado de enfermería general.
- Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla para el paciente hospitalizado están cubiertos cuando sean médicamente necesarios.
- Los servicios de cuidado intensivo.
- Los servicios auxiliares médicamente necesarios, como los servicios diagnósticos de laboratorio y de rayos X.
- El quirófano, las salas de tratamiento especial, la sala de partos, la sala de neonatología y otras instalaciones relacionadas.
- La terapia de radiación, quimioterapia y diálisis renal.
- Los suministros quirúrgicos y anestésicos, yesos y materiales para vendajes, dispositivos y prótesis implantados quirúrgicamente (no incluye los aparatos de corrección auditiva implantados quirúrgicamente), otros suministros médicos, aparatos médicos y equipo administrado en el hospital y aparatos protésicos para un miembro con mastectomía (para restaurar y lograr la simetría para el miembro) o un miembro con laringotomía (para devolver el habla).
- Otros servicios de diagnóstico, terapéuticos, de habilitación y de rehabilitación, como se considere apropiado.
- La planificación coordinada de altas, que incluye la planificación de la atención constante a medida que sea necesaria.

Costo para el miembro

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

Exclusiones/limitaciones

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

Servicios de transporte médico

- *Servicios de ambulancia de emergencia:* el transporte en ambulancia al hospital más cercano está cubierto si el miembro tuvo razones para creer que la afección médica era una emergencia y que la afección necesitaba un transporte de emergencia. Esto incluye los servicios de transporte en ambulancia por medio del sistema de respuesta de emergencias “911”.
- *Servicios de ambulancia autorizados:* los servicios de ambulancia para transferir a un miembro desde o hacia un hospital participante o centro de enfermería especializada relacionados con una hospitalización o admisión autorizada serán autorizados únicamente cuando el transporte por otros medios afectaría de manera adversa la afección médica del miembro, sin importar si hay otros medios de transporte disponibles.

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

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

Atención de salud mental y para trastornos por uso de sustancias

Los servicios de salud mental (MH) son proporcionados a través del proveedor contratado del plan para la atención de la salud conductual, Beacon Health Strategies. Los miembros pueden llamar al **1.855.856.0577** para acceder a los servicios de MH. Todas las afecciones de MH que se identifiquen como un trastorno mental en la cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) están cubiertas, incluidas las enfermedades mentales graves (severe mental illnesses, SMI). Alliance también cubre todos los servicios para los trastornos por uso de sustancias (SUD).

Servicios de MH y SUD para pacientes hospitalizados

Estos son servicios indicados y proporcionados por un proveedor de MH del plan para el tratamiento de una fase aguda de una afección de MH o de SUD durante una hospitalización certificada en un hospital del plan.

Los beneficios de MH y SUD para pacientes hospitalizado incluyen:

- hospitalización psiquiátrica de MH
- Programa Residencial para Crisis de MH
- desintoxicación para pacientes hospitalizados con SUD, según sea médicamente adecuado para eliminar las sustancias tóxicas del sistema
- servicios para pacientes hospitalizados con SUD

Servicios de MH y SUD para pacientes ambulatorios

Estos servicios se utilizan para proporcionar intervención en caso de crisis y tratamiento del alcoholismo, del abuso de drogas o de salud mental para pacientes ambulatorios como sea médicamente apropiado.

Beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que son visitas al consultorio:

- evaluación y tratamiento individuales o grupales de MH
- pruebas psicológicas
- observación y exámenes psiquiátricos
- supervisión de la terapia para uso de drogas para pacientes ambulatorios
- evaluación y tratamiento individuales o grupales de SUD
- asesoría de SUD individual y grupal para la dependencia de sustancias químicas

Beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que no son consultas en consultorio:

- tratamiento multidisciplinario de MH (programa intensivo de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios)
- programa intensivo de SUD para pacientes ambulatorios
- tratamiento con medicamentos de SUD para la abstinencia
- tratamiento de salud conductual para PDD o autismo
- terapia de reemplazo de opioides

Costo para el miembro

- \$100 por admisión
- Copago de \$10 por el beneficio de consultas de MH y SUD en consultorio para pacientes ambulatorios
- Sin copago por beneficios de MH y SUD para pacientes ambulatorios que no sean consultas en consultorio

Línea de enfermería

La línea de enfermería de Alliance está disponible para todos los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudar a responder sus preguntas de salud con respecto a enfermedades y afecciones comunes, consejos para un estilo de vida saludable, pruebas de detección y vacunas. La línea gratuita de enfermería lo comunica con una enfermera registrada que hablará con usted sobre su salud y su bienestar. La enfermera registrada también le ayudará a decidir qué tipo de atención buscar; esto incluye si su problema de salud se puede tratar en casa, si necesita ver a un médico o si podría necesitar recibir cuidado urgente o inmediato.

Los miembros pueden llamar al **1.855.383.7873** (n.º de NIP 690) para tener acceso a los servicios de la línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Beneficios de trasplante de órganos

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

El beneficio incluye el pago por:

- Los gastos médicos y hospitalarios médicamente necesarios y razonables de un donante o persona identificada como posible donante si dichos gastos están directamente relacionados con un trasplante destinado a un miembro.
- Las pruebas a los parientes de un miembro para verificar la posible compatibilidad de médula ósea para el trasplante.
- La búsqueda y las pruebas de donantes de médula ósea que no sean parientes del paciente mediante un registro de donantes reconocido.
- Los cargos relacionados con la búsqueda de órganos de donantes mediante un banco de donantes reconocido están cubiertos si los gastos están directamente relacionados con el trasplante previsto del miembro.

Si Alliance rechaza su solicitud de trasplante de órgano con base en que el servicio no es médicamente necesario, es experimental o de investigación, usted puede solicitar una evaluación médica independiente (IMR). (*Consulte la Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones para obtener más información*).

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

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

Aparatos ortopédicos y prótesis

Alliance cubre los dispositivos de prótesis y ortopédicos (y de reemplazo) médicamente necesarios según los prescriba un practicante.

El beneficio incluye el pago por:

- La cobertura por los dispositivos de prótesis iniciales y subsiguientes y los accesorios de instalación para restituir un método de habla luego de una laringotomía.
- El calzado terapéutico para los diabéticos.
- Los dispositivos de prótesis para restaurar y obtener simetría después de una mastectomía.
- Los artículos cubiertos deben ser dispositivos de ortopedia o prótesis convencionales indicados por un médico, hechos a la medida, autorizados por Alliance y suministrados por un proveedor del plan.
- Las reparaciones se proporcionan a menos de que se necesiten por mal uso o pérdida. Alliance, a su entera discreción, puede reemplazar o reparar un artículo.

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

- zapatos correctivos, plantillas ortopédicas y soportes del arco, excepto el calzado terapéutico para las personas con diabetes
- dispositivos no rígidos, como los soportes elásticos de rodilla, corsés, calcetines elásticos y sujetadores
- aparatos dentales
- máquinas electrónicas de reproducción de voz
- más de un (1) dispositivo para la misma parte del cuerpo
- anteojos (excepto los anteojos o lentes de contacto necesarios después de una cirugía de cataratas)
- artículos de venta sin receta

Servicios para pacientes ambulatorios

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen:

- los servicios terapéuticos, quirúrgicos y de diagnóstico (incluidas la radiación y la quimioterapia) en un centro de atención ambulatoria o en un centro quirúrgico ambulatorio
- la terapia física, ocupacional y del habla como se considere apropiado, y aquellos servicios hospitalarios que se pueden proporcionar de manera ambulatoria
- los servicios y suministros relacionados con la atención ambulatoria, que incluyen el quirófano, la sala de tratamiento, los servicios auxiliares y los medicamentos que suministre el hospital o centro durante la estancia del miembro en la instalación
- los servicios hospitalarios que pueden brindarse razonablemente de manera ambulatoria

Costo para el miembro

- Copago de \$10 por consulta para terapia física, del habla y ocupacional realizada de manera ambulatoria
- Copago de \$35 por servicios de cuidado de la salud de emergencia (no se aplica si se admite al hospital)

Exclusiones/limitaciones

- los servicios del dentista o cirujano oral para procedimientos dentales

Fenilcetonuria (PKU)

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

Un “producto alimenticio especial” se define como un producto alimenticio que:

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Visitas al consultorio médico

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

Costo para el miembro

- Copago de \$10 por consultas en el consultorio y en el hogar
- Sin copago para la atención preventiva. (*Consulte los Servicios de salud preventivos para obtener más información*).

Terapia física, ocupacional y del habla

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

Costo para el miembro

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

Exclusiones/limitaciones

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

Embarazo y atención de maternidad

Consultas prenatales y posnatales en el consultorio del médico y parto

Este beneficio incluye los servicios profesionales y hospitalarios médicamente necesarios, incluidos el cuidado prenatal y posnatal, el cuidado de las complicaciones del embarazo, el diagnóstico y las pruebas genéticas, los exámenes al recién nacido de la miembro y el cuidado en la sala de cunas mientras la madre esté hospitalizada los primeros 30 días después del parto.

También está incluida la orientación para nutrición, la educación sobre la salud, las necesidades de apoyo social y la cobertura para la participación en el programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

Servicios hospitalarios para las pacientes hospitalizadas:

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

Alliance no restringirá la atención hospitalaria para las pacientes hospitalizadas a menos de 48 horas después de un parto natural y a no menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la cobertura de los servicios hospitalarios para las pacientes hospitalizadas puede ser por un periodo menor al de 48 a 96 horas si se cumplen las siguientes dos (2) condiciones:

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

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Medicamentos recetados

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

El beneficio incluye el pago por:

- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos los medicamentos orales e inyectables que estén aprobados por la FDA. Esto incluye los anticonceptivos de liberación prolongada como Norplant (no habrá reembolso si el medicamento es retirado). Un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados y aprobados por la FDA, proporcionados una sola vez.
- Los medicamentos anticonceptivos recetados de emergencia están cubiertos sin autorización previa. Deberá comunicarse con su médico de cabecera en un lapso de 72 horas a partir de que necesite el anticonceptivo de emergencia para obtener una receta. Algunos farmacéuticos están capacitados para vender medicamentos anticonceptivos de emergencia sin necesidad de una receta, pero en la mayoría de los casos, usted necesitará una receta. Si utiliza una farmacia contratada, deberá cubrir el copago de su receta. Usted puede comprar el medicamento en una farmacia no contratada, pero es posible que deba pagarlo y enviar el recibo a Alliance para obtener el reembolso, menos la cantidad de su copago.
- Medicamentos inyectables (incluida la insulina), agujas y jeringas necesarias para la administración del medicamento inyectable.
- Tiras reactivas de glucosa en la sangre en cantidades médicamente apropiadas para la supervisión y el tratamiento de la diabetes insulino dependiente, no insulino dependiente y gestacional.
- Tiras reactivas de cetona en la orina para la diabetes tipo I y lancetas.
- Vitaminas prenatales y suplementos de flúor incluidos con vitaminas o independientes de las vitaminas que requieren una receta.
- Los medicamentos médicamente necesarios administrados mientras un miembro sea paciente o residente de una casa de reposo, un hogar de ancianos, un hospital para convalecientes o un centro similar y que se obtengan a través de una farmacia del plan.
- Los anticonceptivos orales de acuerdo con el formulario del plan.
- Está cubierto un (1) ciclo o curso de tratamiento de medicamentos para dejar el tabaco por año de beneficios. Se recomienda que el miembro a quien se le receta el tratamiento también asista a un programa para dejar el tabaco. Para obtener una lista actualizada de los programas o las clases para dejar el tabaco, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

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

Para saber si un medicamento está en el formulario, o para obtener una copia del formulario, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). El formulario también está disponible en nuestro sitio web en **www.alamedaalliance.org**. Un medicamento que esté en la lista del formulario no garantiza que su médico le recete ese medicamento. La presencia de un medicamento en el

formulario de Alliance no garantiza que el médico practicante lo recetará a un miembro para tratar una afección médica en particular. Es posible que se apliquen limitaciones para algunos medicamentos del formulario de Alliance.

Costo para el miembro

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

Exclusiones/limitaciones

- Suplementos alimenticios, medicamentos supresores del apetito o cualquier otro medicamento de dieta, a menos que sea médicamente necesario para el tratamiento de la obesidad mórbida
- Medicamentos para propósitos puramente estéticos
- Medicamentos de investigación o experimentales
- Medicamentos que no necesiten receta médica por escrito (excepto la insulina)
- Medicamentos, suministros y aparatos de venta sin receta médica, incluidos los anticonceptivos de venta sin receta, las jaleas, los ungüentos, la espuma, los preservativos, etc.
- Medicamentos para tratar la disfunción eréctil

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

Servicios de salud preventivos

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

- Pruebas visuales y auditivas
- Servicios para la detección de enfermedades asintomáticas, incluidos los exámenes periódicos de salud, una variedad de servicios de planificación familiar voluntarios y el cuidado prenatal
- Exámenes de citología con una periodicidad razonable (incluida la prueba de Papanicolaou)
- Vacunas según las recomendaciones más actuales de los Servicios de Salud Pública de EE. UU.

- Exámenes de salud periódicos, que incluyen todos los servicios de diagnóstico y de laboratorio de rutina apropiados para dichas pruebas
- Pruebas para infecciones de transmisión sexual, incluidas las pruebas y la orientación confidenciales para el VIH/SIDA
- Servicios de educación sobre la salud efectivos, que incluyen la información referente a comportamientos sobre la salud personal y la atención médica y las recomendaciones relacionadas con el uso óptimo de los servicios del cuidado de la salud proporcionados por el plan

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

Los exámenes para obtener o mantener el empleo, para certificaciones, para el seguro o para obtener una justificación para no hacer deporte en la escuela, así como los ordenados por un juzgado o para un viaje, no están cubiertos a menos que el examen corresponda con la programación de los exámenes físicos de rutina y las vacunas.

Cirugía reconstructiva

Alliance cubre los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios:

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

Costo para el miembro

- Sin copago

Servicios de los centros de enfermería especializada

Un centro de enfermería especializada es un lugar que tiene un contrato con Alliance y proporciona servicios de enfermería especializada constantes. Un centro de enfermería especializada puede ser un área independiente del hospital, y el uso de esta área independiente deberá contarse en el número máximo de días permitidos de este beneficio: los beneficios para el miembro se limitan a 100 días durante un año de beneficios.

Se ofrecen los siguientes beneficios de centros de enfermería especializada, sujetos a la limitación anterior, cuando son médicamente necesarios y autorizados y no son para cuidados de pacientes reclusos, convalecientes o con atención a domicilio:

- Equipo duradero utilizado por el miembro durante una estancia autorizada en el centro de enfermería especializada.
- Cuidados generales de enfermería y enfermería de atención especial cuando estén autorizados.
- Terapia física, ocupacional y del habla y otros servicios de habilitación o rehabilitación que sean médicamente necesarios.
- Terapia respiratoria administrada en el centro de enfermería especializada.
- Habitaciones semiprivadas y comidas, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria y esté autorizada. Si se utiliza una habitación privada sin autorización, el miembro será responsable de pagar la diferencia entre el costo normal del centro de enfermería especializada por una habitación doble y la habitación privada.
- Dietas especiales, cuando estén autorizadas.

Costo para el miembro

- Sin copago

Exclusiones/limitaciones

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

Aborto

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

Costo para la miembro

- Copago de \$10 por consulta

Cuidado de urgencia

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

En caso de que no pueda consultar a su médico de cabecera, puede ir a cualquier centro de cuidado de urgencia dentro de la red en el Condado de Alameda. Para ver una lista de los centros de cuidado de urgencia contratados, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Si se encuentra fuera del área de servicio y necesita servicios urgentes, puede recibirlos de un proveedor no contratado. (*Consulte la Sección 8: Atención de emergencia, de urgencia y de rutina para obtener más información*). Si recibe tratamiento de cuidado de urgencia mientras se encuentra fuera del área de servicio de Alliance, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Costo para el miembro

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

Atención de la vista

Comuníquese con la autoridad pública para obtener información sobre los servicios de la vista. (*Consulte la hoja de contacto para obtener el número de teléfono*)

10. Exclusiones y limitaciones

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

Los miembros pueden solicitar una IMR de los servicios de cuidado de la salud disputados al Departamento de Atención Administrada de la Salud en las situaciones que se describen en la *Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones*.

Exclusiones/limitaciones

1. Todos los costos médicos y hospitalarios que se generen cuando un proveedor que no pertenece al plan ingrese a un miembro al hospital sin autorización previa por parte de Alliance, excepto en las emergencias descritas aquí, no son beneficios cubiertos.
2. Todos los servicios que de otra manera estarían cubiertos por CCS no son beneficios cubiertos.
3. La amniocentesis no es un beneficio cubierto, a menos que sea médicamente necesaria.
4. Cualquier beneficio que exceda los límites especificados en esta EOC.
5. Los servicios o beneficios prestados cuando la persona no sea elegible, es decir, antes de la fecha de inicio de la cobertura o después de que la cobertura haya vencido, no son beneficios cubiertos.
6. Cualquier servicio o artículo que se especifique que está excluido en esta EOC.
7. La terapia con aparatos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint dysfunction, TMJ) no es un beneficio cubierto.
8. La terapia de biorretroalimentación no es un beneficio cubierto, a menos que forme parte del plan de tratamiento para el trastorno de desarrollo generalizado (PDD) o autismo.
9. La ortodoncia y la ortognática convencionales o quirúrgicas no son beneficios cubiertos.
10. La atención para pacientes recluidos o a domicilio inherente a los servicios prestados en el hogar, el hospital (excepto cuando se proporcione como parte de cuidados paliativos) o el confinamiento en una instalación de salud principalmente para la atención de pacientes recluidos, de mantenimiento o a domicilio no es un beneficio cubierto. Esta exclusión no se refiere a la terapia de salud conductual en el hogar (behavioral health therapy, BHT) para el PDD o autismo.
11. Las pruebas citotóxicas de alimentos, la terapia de quelación (excepto cuando se trate de envenenamiento por metales pesados) y la queratotomía radial, a menos que estén autorizadas previamente por Alliance, no son beneficios cubiertos.
12. Los exámenes e informes con el propósito de obtener y mantener el empleo, el seguro y alguna licencia gubernamental, para admisiones en campamentos y escuelas, para cumplir con los exámenes físicos anuales solicitados por el empleador o con propósitos premaritales, no son beneficios cubiertos.

13. Los anteojos, excepto aquellos anteojos o lentes de contacto necesarios después de la cirugía de cataratas y cubiertos de acuerdo con la sección Lentes y anteojos para cataratas.
14. El análisis del cabello, a menos que se use como una herramienta de diagnóstico para el envenenamiento por metales pesados, no es un beneficio cubierto.
15. Las mejoras a casas y vehículos, que incluyen cualquier modificación o adición hecha a viviendas, propiedades o vehículos de motor, incluidas las rampas, los elevadores, las escaleras eléctricas, las piscinas, los sistemas de filtrado de aire, el equipo de control ambiental, los spas, las tinas de hidromasaje o los controles de mano para automóviles, no son beneficios cubiertos.
16. Los programas de aprendizaje y autosuperación, incluido el tratamiento para el síndrome hiperquinético, discapacidades de aprendizaje o problemas de conducta; los programas relacionados con la terapia de lectura, vocacional, educativa, recreativa, artística, de danza o de música; o los programas de pérdida de peso o de ejercicio, no son beneficios cubiertos, a menos que formen parte del plan de tratamiento para el PDD o autismo.
17. Los beneficios de atención médica a largo plazo, incluida la atención de enfermería especializada en un centro y el cuidado temporal de reemplazo, están excluidos, excepto cuando Alliance determine que son una alternativa menos costosa y más satisfactoria que los beneficios mínimos básicos. Esta sección no excluye los beneficios de la atención de enfermería especializada o de los centros de cuidados paliativos a corto plazo que se proporcionen de conformidad con los beneficios de atención de enfermería especializada y de centros de cuidados paliativos.
18. Los procedimientos médicos, quirúrgicos (incluidos los implantes) y otros procedimientos, servicios, productos, medicamentos o aparatos de cuidado de la salud que sean:
 - a. de investigación o experimentales; o
 - b. no se reconozcan de acuerdo con los estándares médicos aceptados comúnmente como seguros y para uso efectivo en el tratamiento en cuestión, no son beneficios cubiertos. (*Consulte la Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones para obtener más información*).
19. Los servicios médicos que reciba en una situación de emergencia para afecciones que no sean de emergencia, si usted debía haber sabido razonablemente que no existía una situación de emergencia, no están cubiertos.
20. La atención no especializada es atención que se puede proporcionar de forma segura y efectiva por los miembros de la familia o personas sin certificado o sin la supervisión de una enfermera, excepto por los servicios de personas que se ocupan del hogar para los cuidados paliativos. Esta exclusión no se aplica al servicio profesional y paraprofesional calificado y sin licencia que ofrezca atención a las personas inscritas con PDD o autismo.
21. La atención de enfermeras privadas de cualquier clase no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesaria.
22. Los programas para el control de peso o los tratamientos o suministros para la pérdida de peso, suplementos alimenticios o nutricionales, a excepción de la nutrición

- parenteral total (total parenteral nutrition, TPN), y para el tratamiento de la PKU, no son beneficios cubiertos, a menos que Alliance determine que son médicamente necesarios.
23. La reversión de la esterilización voluntaria no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesaria.
 24. Los servicios obtenidos en hospitales, centros de enfermería especializada, médicos u otros proveedores que no pertenecen a Alliance, a menos que se proporcionen durante una emergencia, o de cualquier otra forma aquí descrita, no son beneficios cubiertos.
 25. Los servicios elegibles para el reembolso mediante el seguro o que están cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de cuidado de la salud no son beneficios cubiertos.
 26. Los servicios, los suministros, los artículos, los procedimientos o el equipo que no son médicamente necesarios, a menos que se especifique lo contrario, no son beneficios cubiertos.
 27. La cirugía para la obesidad mórbida, incluidos la derivación gástrica, el engrapado del estómago, los medicamentos recetados y otros procedimientos para el tratamiento de la obesidad no son beneficios cubiertos, a menos que sean médicamente necesarios de acuerdo con los estándares médicos profesionalmente reconocidos.
 28. Las siguientes formas de terapia no son beneficios cubiertos: la terapia manipulativa (excepto como parte de un plan de tratamiento para el PDD o autismo), la hipnoterapia y la terapia sexual.
 29. Los servicios médicos y hospitalarios de un miembro donador o de un posible donador cuando el receptor del trasplante de órgano no sea un miembro.
 30. El tratamiento de cualquier herida corporal o enfermedad que surja de cualquier ocupación o empleo para compensación, ganancia o provecho propios para los que se proporcionen beneficios o puedan pagarse mediante el plan de beneficios por compensación de cualquier trabajador no es un beneficio cubierto.
 31. El tratamiento de la esterilidad está excluido, lo cual abarca entre otras cosas, la fertilización in-vitro, la transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT), la transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT) y los trasplantes de óvulos o cualquier otra forma de fertilización inducida o de inseminación artificial.
 32. El corte de callos, callosidades y uñas para tratar afecciones circulatorias no es un beneficio cubierto, a menos que Alliance determine que es médicamente necesario.
 33. La rehabilitación profesional no es un beneficio cubierto.
 34. La asesoría matrimonial o para las relaciones.
 35. Los servicios de atención de la vista y de los dientes.

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

11. Coordinación de beneficios y responsabilidad de terceros

Coordinación de beneficios

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

- beneficios otorgados como resultado de un reclamo de compensación laboral
- beneficios otorgados sin costo o sin esperar un pago

Responsabilidad de terceros

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

- Aceptar reembolsar a Alliance los costos razonables efectivamente pagados por Alliance inmediatamente después de que el miembro cobre los daños, sea por una orden legal, un acuerdo o de alguna otra manera; y
- cooperar plenamente, hacer valer y proteger los derechos de retención de Alliance, que no deben exceder la suma de los costos razonables efectivamente pagados por Alliance. El derecho de retención puede presentarse ante el tercero, su agente o el tribunal.

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

Compromisos de los miembros ante la responsabilidad de terceros

Cada miembro:

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

12. Cancelación de la inscripción

Vigencia y terminación: acuerdo grupal

Disposiciones sobre la terminación y la renovación

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

La autoridad pública puede terminar el acuerdo o alguna renovación posterior del mismo notificando a Alliance por escrito sobre su intención de terminarlo con 90 días de anticipación.

Fecha de vigencia de la terminación

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

Terminación por causa justificada

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

Terminación por falta de pago

Si la autoridad pública no paga alguna cantidad vencida a Alliance en un plazo de 15 días después de la notificación que Alliance haga a la autoridad pública del monto vencido y Alliance factura a la autoridad pública por la cantidad vencida, Alliance puede terminar los derechos de los miembros involucrados con efecto a partir del momento en que Alliance emita una notificación escrita de cancelación a la autoridad pública. Dichos derechos pueden restablecerse solamente mediante el pago de los montos vencidos y de acuerdo con la subsección sobre reingreso de esta EOC. Alliance continuará otorgando los beneficios a los miembros, incluidos aquellos miembros que estén hospitalizados o siguiendo un tratamiento, hasta el vencimiento del periodo aplicable de reingreso. A partir de entonces, Alliance no será responsable de los beneficios para los miembros, incluidos los miembros que estén hospitalizados o siguiendo un tratamiento.

Reingreso

La recepción por parte de Alliance de las cuotas periódicas de prepago correspondientes en un máximo de 15 días después de que Alliance emita la notificación de cancelación por falta de pago de las cuotas periódicas de prepago a la autoridad pública dará como resultado el reingreso de los miembros como si nunca hubiera habido una cancelación. Si ese pago se recibe después de dicho periodo de 15 días, Alliance puede, a su criterio, reembolsar a la autoridad pública los montos pagados y considerar el acuerdo terminado, o bien, emitir a la autoridad pública en un máximo de 20 días después de recibir dicho pago un nuevo acuerdo acompañado de un aviso por escrito que establezca claramente aquellos aspectos en que el nuevo acuerdo difiere del previo en cuanto a beneficios u otros términos.

Reembolsos

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

Cambios en la ley

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

Elección de no renovar

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

Falta de acuerdo sobre la prima de renovación

Alliance puede terminar el acuerdo automáticamente en caso de que la autoridad pública y Alliance no logren alcanzar un acuerdo, antes de los 90 días previos a la fecha de renovación, sobre las cuotas periódicas de prepago pagaderas con base en el acuerdo a partir de la fecha de renovación.

Extensión de beneficios a partir de la terminación

Continuación de la atención

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

Miembro totalmente discapacitado

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

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

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

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

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

Terminación de los beneficios: miembro individual

Su cobertura de atención médica con Alliance Group Care puede terminar por varias razones. Si esto sucede, es posible que pueda continuar su cobertura de salud a través de la COBRA o la Ley de Reemplazo de Beneficios de Continuación de California (California Continuation Benefits Replacement Act, Cal-COBRA). (*Consulte la Sección 13: Continuación de los beneficios para obtener más información*). Alliance no puede cancelar sus beneficios de salud debido a sus necesidades de salud o su afección médica. Pero se puede terminar su cobertura médica por alguna de las siguientes razones.

Pérdida de la elegibilidad

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

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

Elección de otro plan de cobertura

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

La autoridad pública notificará automáticamente a Alliance cuando un miembro elija otra cobertura.

Falta de entrega de información o entrega de información incompleta

Si un miembro no entrega la información que debe entregar a Alliance con base en el acuerdo o en lo solicitado por la autoridad pública, Alliance puede cancelar los derechos del miembro 15 días contados a partir de que el miembro reciba de Alliance el aviso de terminación por escrito, a menos que el miembro entregue a Alliance o a la autoridad pública la información solicitada en dicho periodo máximo de 15 días.

Fraude o engaño

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

Conducta problemática

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

Falta de pago

Si un miembro no paga o no realiza los trámites satisfactorios para pagar alguna cantidad que deba a Alliance o a un proveedor del plan en un plazo de 15 días contados a partir de que Alliance o el proveedor del plan den aviso al miembro sobre la cantidad adeudada, y Alliance o el proveedor del plan emiten una factura al miembro por la cantidad adeudada, Alliance puede terminar el derecho del miembro involucrado con efectividad a partir de la fecha de envío por correo del aviso al miembro y a la autoridad pública.

Reembolsos

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

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

El DMHC tiene la responsabilidad de regular los planes de servicios de cuidado de la salud, incluidas las decisiones de inscripción y de cancelación de inscripción del plan. Un solicitante o miembro que afirme que se canceló o que no se renovó una inscripción debido a su condición médica o a los servicios de salud que requirió puede solicitar una revisión por parte del DMHC. Hay formularios en línea e instrucciones disponibles en el sitio de Internet del DMHC www.dmhc.ca.gov.

13. Continuación individual de los beneficios

Cobertura grupal

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

COBRA

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

Cal-COBRA

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

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

En este caso puede mantener su cobertura grupal hasta durante 36 meses a partir de la fecha en que dio inicio su cobertura al amparo de la COBRA.

Pagos de primas para la COBRA y la Cal-COBRA

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

Plazos

De acuerdo con la COBRA y la Cal-COBRA, usted recibirá por correo un aviso de la autoridad pública o su TPA sobre los derechos que le conceden la COBRA y la Cal-COBRA poco tiempo después de que se termine su empleo o se reduzcan sus horas. Ese aviso le informará cuánto tiene que pagar y a dónde enviar su pago. Si no recibe un aviso por correo, llame a la autoridad pública de inmediato y solicite dicho aviso. **Tendrá 60 días después de ser notificado para inscribirse o perderá su derecho a hacerlo.**

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

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

- está inscrito o se vuelve elegible para inscribirse en Medicare;
- fue despedido por faltas de conducta graves;
- no se inscribió en un plazo de 60 días después de que fue notificado de su derecho a la COBRA federal o a la Cal-COBRA;
- no pagó su primera prima a tiempo;
- tiene cobertura con otro plan de salud;
- no trabaja o reside en el Condado de Alameda;
- la autoridad pública ya no tiene la obligación de proporcionar cobertura al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA;
- la autoridad pública ya no brinda beneficios de plan de salud grupal a ningún trabajador de los IHSS;
- la autoridad pública ya no hace contratos con Alliance;
- en el caso de la Cal-COBRA, usted es elegible para la COBRA y no ha agotado esos beneficios.

¿Cuándo termina su cobertura al amparo de la COBRA y la Cal-COBRA?

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

- vence el periodo máximo aplicable de la COBRA (36 meses);
- deja de pagar las primas o deja de pagarlas oportunamente;
- tiene otra cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica con otro plan de beneficios grupal que no contiene una exclusión o limitación con respecto a afecciones preexistentes aplicable a usted que pudiera impedir la cobertura (con ciertas excepciones en las leyes COBRA);
- llega la fecha en que la autoridad pública ya no tenga la obligación de proporcionarle cobertura al amparo de la COBRA o la Cal-COBRA;
- se vuelve elegible para Medicare;
- con respecto a la Cal-COBRA, usted es elegible para la cobertura de la COBRA y todavía no agota esa cobertura;
- la autoridad pública deja de brindar beneficios de plan de salud grupal a los trabajadores de los IHSS;

- el contrato grupal entre la autoridad pública y Alliance se termina o vence por alguna razón;
- usted comete fraude o engaño en el uso de los beneficios de la Cal-COBRA o, en el caso de los beneficios de la COBRA, usted presenta una conducta que justificaría que el plan cancelara la cobertura de un participante o un beneficiario que no estuviera recibiendo cobertura de continuación y que estuviera en una situación similar (como el fraude); o
- usted deja de residir o trabajar en el Condado de Alameda.

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

La autoridad pública notificará a usted y a Alliance la fecha de vigencia y la fecha de vencimiento de sus beneficios de continuación.

Cobertura individual

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

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

Plan de Conversión Individual (ICP)

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

Debe notificar a Alliance si desea pasar al ICP en un plazo de 31 días a partir de que termine su cobertura de Alliance Group Care, de la COBRA o de la Cal-COBRA. Después tendrá que entregar a Alliance una solicitud por escrito de cobertura mediante el ICP. La solicitud y el pago de la primera prima deben entregarse a Alliance en un plazo de 63 días a partir de que termine su cobertura de la COBRA, de la Cal-COBRA o de Alliance Group Care. Si se acepta su solicitud, su Plan de Conversión Individual entrará en vigor con retroactividad al día en que haya terminado su cobertura anterior (de la COBRA, de la Cal-COBRA o de Alliance Group Care). Para pedir una solicitud y para obtener información sobre las primas, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener el número de teléfono*).

Usted no será elegible para el Plan de Conversión Individual si:

- se cancela el acuerdo entre la autoridad pública y Alliance o se termina la participación de la autoridad pública y el contrato grupal se reemplaza con una cobertura similar en virtud de otro contrato grupal dentro de los 15 días siguientes a la fecha de vencimiento de la cobertura grupal o de la participación del miembro;
- usted no pagó alguna cantidad adeudada a Alliance;
- Alliance lo dio de baja por una causa justificada;
- usted proporcionó intencionalmente información incorrecta o bien obtuvo beneficios indebidamente;
- el plan de salud de la autoridad pública es de autoseguro en el momento en que usted solicita el Plan de Conversión Individual;
- usted está cubierto o es elegible para los beneficios de Medicare;
- está cubierto por beneficios similares mediante una póliza o un contrato individual; o
- está cubierto o es elegible para los beneficios de algún convenio de cobertura para personas de un grupo, sea que esté asegurado o autoasegurado;

No estuvo cubierto de manera continua durante el periodo completo de tres (3) meses inmediatamente anterior a la terminación de la cobertura de Alliance Group Care.

14. Procedimientos de quejas y apelaciones de Alliance

Quejas y problemas/reclamos y apelaciones

Como miembro de Alliance, tiene derecho a presentar una queja (también llamada reclamo) si no está satisfecho o si tiene algún problema con los servicios de cuidado de la salud. Para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*). Tiene derecho a proporcionar comentarios por escrito, documentos e información que apoyen su opinión. Puede hablar por usted mismo o hacer que otra persona hable por usted, incluso un abogado. Puede solicitar que le permitan consultar u obtener una copia gratuita de los registros que se relacionen con su caso. Si llaman a nuestro Departamento de Servicios al Miembro, usted o su proveedor pueden obtener una copia gratuita de la disposición de beneficios, del protocolo de lineamientos o de los criterios utilizados para determinar una decisión de denegación. El uso de este proceso de reclamos no anula ningún posible derecho o recurso con el que pudiera contar. Su satisfacción es importante para nosotros. Consulte la sección “Definiciones” para obtener más información acerca de lo que es un reclamo. **Una apelación es cuando solicita la revisión de una “acción”.**

Las acciones son:

- cuando recibe un “Aviso de Acción” acerca de una denegación o autorización limitada para un servicio solicitado
- cuando recibe un “Aviso de Acción” acerca de una reducción, una suspensión o un vencimiento de un servicio previamente autorizado
- que no se le proporcionen los servicios de forma puntual (esto también puede ser motivo de un reclamo)
- que Alliance o el Estado no actúen dentro de los márgenes de tiempo para los reclamos y las apelaciones (esto también puede ser motivo de un reclamo)

Si tiene algún problema con sus servicios de cuidado de la salud, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. Si tiene una queja o una apelación, puede presentarla por teléfono o mediante un formulario. Puede apelar un Aviso de Acción por teléfono. Su proveedor puede presentar una apelación por usted.

Si necesita ayuda, puede llamarnos al:

Número de teléfono: **510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

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

Puede presentar una queja en línea. Para presentar un reclamo o una apelación en línea:

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

También puede mandarnos por fax una carta en la que describa su queja al **1.855.891.7258** o enviar la carta por correo a:

**G&A Unit
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502**

Márgenes de tiempo

Si tiene algún problema, puede presentar un reclamo ante Alliance en cualquier momento después del evento que haya ocasionado su reclamo. Para presentar una apelación tiene un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en la que los servicios o beneficios se hayan denegado, aplazado o modificado.

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

Si necesita ayuda con: 1) un reclamo acerca de una emergencia, 2) un reclamo que el plan de salud no haya resuelto de manera aceptable, o 3) un reclamo que siga sin resolverse después de un plazo de 30 días, puede llamar al DMHC para solicitar ayuda. *(Consulte la sección “Departamento de Atención Administrada de la Salud de California” en la página 77 para conocer la información de contacto del DMHC).* No es necesario que participe en el proceso de quejas de Alliance antes de solicitar al DMHC una revisión de un reclamo urgente. Si Alliance se negó a proporcionarle el tratamiento por considerarlo experimental o de investigación, no es necesario que participe en nuestro proceso de apelación antes de solicitar la IMR. Puede solicitar la IMR inmediatamente después de recibir el Aviso de Acción, pero no más de 6 meses después de haber recibido dicho Aviso de Acción.

Evaluación médica independiente (IMR)

Si no está satisfecho con la decisión de Alliance o si han pasado más de 30 días desde que presentó su queja ante Alliance, puede presentar una queja ante el DMHC. Una IMR es un análisis de su caso realizado por médicos que no forman parte de Alliance. En la mayoría de los casos, debe completar el proceso de apelación de Alliance antes de solicitar una IMR ante el DMHC. Si desea solicitar una IMR, debe presentar su solicitud en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha en la que reciba la carta de acuse de recibo del reclamo de Alliance. Para solicitar una IMR, comuníquese al:

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

Línea gratuita: **1.888.466.2219**

Las personas con algún impedimento auditivo pueden usar TDD: **1.877.688.9891**

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

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

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

Si la IMR se decide a su favor, Alliance debe proporcionarle el servicio o tratamiento que solicitó. Este proceso es gratuito.

Usted puede solicitar una IMR si Alliance:

- niega, modifica o demora un servicio o tratamiento debido a que considera que no es necesario desde el punto de vista médico
- no cubrirá un tratamiento experimental o de investigación para una afección médica grave
- no pagará por los servicios médicos de urgencia o emergencia que usted ya haya recibido

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

IMR estándar: el Centro de Ayuda de HMO del DMHC revisará y enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de siete (7) días. La IMR le comunicará la decisión en un plazo de 30 días.

IMR urgente: la IMR le comunicará la decisión en un plazo de tres (3) a siete (7) días si su problema representa una amenaza inmediata y grave para su salud.

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

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

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

Denegaciones de servicios de experimentación o investigación

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

La carta le informará su derecho a pedir una IMR a través del DMHC. (*Puede encontrar más información sobre las IMR en la página 72*). Para llenar una solicitud para una IMR de una terapia experimental o de investigación, necesita uno de los siguientes:

- El médico que lo está tratando nos proporcionó un escrito en donde declara que usted tiene una afección grave debilitante o de riesgo para la vida, y que las terapias regulares

no han ayudado a mejorar su estado de salud, o que las terapias regulares no funcionarían para usted, o que no existe una terapia regular que cubramos que sea más benéfica que la terapia que se solicitó.

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

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

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

El DMHC es responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance al **510.747.4567** o a la línea gratuita al **1.877.932.2738** y utilizar el proceso de quejas de Alliance antes de comunicarse al departamento. El uso de este procedimiento de queja no anula ningún posible derecho o recurso legal que esté a su disposición. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que Alliance no ha resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya quedado sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento. También puede ser elegible para una 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 por servicios de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con el número de teléfono sin costo **1.888.466.2219** y una línea TDD **1.877.688.9891** para las personas con problemas auditivos y del habla. El sitio web del DMHC, **www.hmohelp.ca.gov**, tiene formularios de quejas, solicitudes para IMR e instrucciones en línea.

15. Otras disposiciones

Participación en las políticas públicas

Alliance tiene un Comité Asesor de Miembros (Member Advisory Committee, MAC) que ayuda a nuestra Junta de Administración. Este comité se asegura de que las políticas del plan cubran las necesidades e inquietudes de los miembros. El MAC está conformado por miembros de nuestro plan de salud, representantes del condado y de agencias comunitarias, proveedores y clínicas de nuestra red, y un miembro de nuestra Junta de Administración.

Si desea obtener más información sobre el MAC o si le gustaría que lo consideraran para formar parte del mismo, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

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

Ley aplicable

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

Aviso de prácticas de información

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

Satisfacción del miembro

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

Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos

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

Si recibe una cuenta (reclamo) o tiene que pagar una cuenta por servicios (de emergencia, por ejemplo), envíe una copia de la cuenta a Alliance para que se pague en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha del servicio. Si ya pagó la cuenta, también envíe una copia del cheque cancelado o del recibo de pago para que Alliance haga la revisión. Incluya la siguiente información adjunta a la copia de la cuenta:

- nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del miembro de Alliance;
- nombre, dirección y número de teléfono del proveedor del servicio (si no está escrito en la cuenta); y
- la fecha y la razón de cada servicio (si no está escrito en la cuenta).
- Envíe esta información y una copia de la cuenta en un plazo de 180 días a partir de la fecha del servicio a:

**Alameda Alliance for Health
P.O. Box 2818
Alameda, CA 94501-0818**

El hecho de no presentar ese comprobante dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si no fue razonablemente posible entregar dicho comprobante dentro del plazo requerido.

En caso de que Alliance determine que los servicios de emergencia obtenidos por el miembro están cubiertos, Alliance pagará directamente al proveedor o le hará un reembolso al miembro, si dicho miembro ya pagó los servicios. Todos los cargos se pagarán en un plazo de 30 días a partir de que Alliance reciba satisfactoriamente la información antes descrita o se le avisará a usted sobre el estado del reclamo.

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

Si tiene dudas sobre las cuentas médicas, llame a Servicios al Miembro. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

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

Alliance se reserva el derecho a cambiar los beneficios y los cobros del Programa Alliance Group Care. Se dará aviso por escrito a los miembros 31 días calendario antes de la fecha de vigencia de la renovación del contrato, antes de realizar cualquier cambio en los beneficios y los cobros.

Limitaciones de otras coberturas

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

Desastres naturales, interrupciones y limitaciones

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

Contratistas independientes

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

Pago a los proveedores

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

Los médicos de cabecera reciben pagos mensuales de capitación por miembro, excepto en el caso de las vacunas, por las que se paga al médico de cabecera sobre la base de pago por servicio. A los especialistas o los médicos que prestan sus servicios por remisión y a los proveedores secundarios se les paga sobre la base de pago por servicio.

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

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

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

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

Sin embargo, excepto para los servicios de atención urgente o de emergencia, si un miembro acude a un proveedor no contratado (un proveedor que no es parte de la red de proveedores de Alliance) sin una aprobación, es posible que el miembro tenga que pagarle el costo de los servicios al proveedor no contratado. (*Consulte la subsección Presentación de reclamos/disposiciones sobre reembolsos para obtener más información*).

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

Notificación de terminación del contrato de un proveedor

Alliance dará aviso por escrito de la terminación a los miembros que estén recibiendo tratamiento o que hayan elegido un proveedor de ese grupo médico o asociación médica individual sobre la terminación 30 días antes de la terminación de un contrato de proveedor con un grupo médico completo o una asociación médica individual.

Compensación a los trabajadores

Este beneficio no sustituye ni deberá afectar ningún requisito para la cobertura mediante el seguro de compensación a los trabajadores. Comuníquese con la autoridad pública para obtener información sobre su cobertura del seguro de compensación a los trabajadores.

Acceso para discapacitados***Acceso físico***

Alliance ha hecho todo lo necesario para garantizar que nuestras oficinas y las oficinas e instalaciones de nuestros proveedores sean accesibles para los discapacitados. Si no puede ubicar a un proveedor accesible, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance y un representante de Servicios al Miembro le ayudará a encontrar un proveedor alternativo. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información).*

Acceso para personas con algún impedimento auditivo

Las personas con algún impedimento auditivo pueden comunicarse con un representante de Servicios al Miembro a través de la línea TTY del Servicio de Retransmisión de California (CRS). *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información).*

Acceso para personas con problemas de la vista

Para solicitar ayuda para leer esta EOC y otros materiales, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. *(Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información).*

Quejas sobre el acceso para discapacitados

Si considera que Alliance o sus proveedores no han logrado responder a sus necesidades de acceso para discapacitados, puede presentar una queja ante el plan. *(Consulte la Sección 14: Procedimientos de quejas y apelaciones de Alliance para obtener más información).*

Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990

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

16. Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Alameda Alliance for Health**ESTE AVISO DESCRIBE LAS MANERAS EN QUE PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN PERSONAL Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A LA MISMA. LÉALO DETENIDAMENTE.**

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

Alameda Alliance for Health

Attn: Member Services

1240 South Loop Road

Alameda, CA 94502

Número de teléfono: **510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

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

Tipo de información que conservamos

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

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

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

Cómo podemos usar o divulgar información sobre usted

1. **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar información sobre usted para ayudar a su médico o a los hospitales a brindarle atención médica. Por ejemplo, si usted está en el hospital, es posible que les proporcionemos los registros de salud que nos haya enviado su médico. O podemos divulgar esa información a un farmacéutico que la necesite para surtirle una receta médica, o a un laboratorio que esté por realizarle un examen.
2. **Pagos.** Podemos usar o divulgar información sobre usted para pagar sus cuentas de atención médica. Por ejemplo, su médico nos brindará la información que necesitamos antes de pagar. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica para que puedan recibir sus pagos.
3. **Operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información sobre usted para garantizar el funcionamiento de este plan de salud.
 - Por ejemplo, podemos usar o divulgar información sobre usted para evaluar y mejorar la calidad de la atención que recibe. También puede usarse para evaluar la aptitud y la capacidad de nuestros proveedores.
 - Podemos usar o divulgar esa información para aprobar servicios o remisiones.
 - También podemos usar o divulgar esa información cuando la necesitemos para hacer revisiones médicas o administración de casos. Por ejemplo, podríamos remitirlo a una clase de asma si usted tiene esa enfermedad.
 - También podemos usar o divulgar esa información cuando la necesitemos para servicios legales, auditorías o planes de negocios y administración.
 - También podemos divulgar información sobre usted a nuestros "socios comerciales", que proveen ciertos servicios del plan por nosotros. Sólo compartimos su información con estos grupos externos si ellos están de acuerdo con protegerla. Según la ley de California, ninguna de las partes que reciben información puede divulgarla, excepto en aquellos casos en que la ley lo pide o lo permite.
4. **Recordatorios de citas.** Podemos usar o divulgar información sobre usted para recordarle las citas con su médico o consultas de atención médica. Si no está en casa, podemos dejar esa información en su máquina contestadora o dejarle un mensaje con la persona que conteste la llamada.
5. **Notificación y comunicación con la familia.** Podemos divulgar información sobre usted para informarle a un miembro de su familia, a un representante legal o a la persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su condición general o su deceso. En caso de desastre, podemos divulgar información a un grupo como la Cruz Roja para que puedan comunicarse con usted. Podemos también divulgar información a alguien que colabore con su atención o que contribuya al pago de la misma. Si usted está en condiciones de decidir, lo dejaremos decidir antes de divulgar su información personal. Pero podemos, en caso de desastre, divulgar esa información aun cuando usted no desee que lo hagamos, con el fin de poder responder ante la emergencia. Si no es capaz de decidir dada su condición de salud, o si no lo encontramos, nuestros profesionales juzgarán la situación y tomarán la decisión de divulgar la información o no a su familia y otras personas.

6. **Requerido por la ley.** Acorde con la legislación, usaremos o divulgaremos información sobre usted limitándonos a lo que la ley autoriza usar o divulgar.
7. **Evaluación de los proveedores de salud.** Podemos usar o divulgar información sobre usted para evaluar la capacidad de su proveedor o la calidad de la atención que recibe.
8. **Planes de salud grupales.** Si es miembro de un plan de salud grupal, podemos divulgar información al patrocinador de su plan grupal. Por ejemplo, si su empleador le ofrece cobertura médica, podemos hacerle saber si usted todavía es miembro del plan.
9. **Investigación.** Si la investigación cumple ciertos requisitos, podemos divulgar información sobre usted sin su consentimiento por escrito.
10. **Mercadotecnia.** Podemos contactarlo para ofrecerle información sobre nuestros productos o servicios. No utilizaremos ni compartiremos su información con este fin sin su permiso por escrito.
11. **Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted por orden de un tribunal o por una orden administrativa, para un procedimiento judicial o administrativo, si se le solicitó y usted no objetó o si el juez administrativo o judicial no estuvo de acuerdo con su objeción.
12. **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted a agencias de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y otros procedimientos, sólo como lo permiten las leyes federales y de California.
13. **Salud pública.** Podemos, y a veces debemos hacerlo por ley, divulgar información sobre usted a agencias de salud pública para permitirles: prevenir y controlar enfermedades, daños y discapacidades; denunciar abuso o negligencia en niños, ancianos o personas dependientes; denunciar la violencia doméstica; denunciar problemas con productos y reacciones a medicamentos a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); y denunciar exposición a infecciones o enfermedades.
14. **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información sobre usted a un agente del cumplimiento de la ley. Esto puede ser para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material de un hecho o una persona desaparecida; cumplir con una orden judicial, una orden de registro, o una citación del jurado, o para otros propósitos de cumplimiento de la ley.
15. **Seguridad pública.** Podemos divulgar información sobre usted a personas que contribuyan a prevenir o a reducir una amenaza grave e inmediata a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
16. **Funciones especiales del gobierno.** Podemos divulgar información sobre usted por razones militares o de seguridad nacional, en la medida en que lo permita la ley. También podemos divulgarla a instituciones correccionales o a funcionarios del cumplimiento de la ley que tengan su custodia legal.
17. **Aseguradoras.** Podemos usar o divulgar información sobre usted a aseguradoras cuando evaluemos una solicitud del plan de salud.
18. **Empleadores.** Podemos usar o divulgar información sobre usted a su empleador para informarnos acerca de una enfermedad o lesión de trabajo, o porque necesite vigilancia médica en su lugar de trabajo, en la medida en que usted autorice dicho uso. Podemos

usar o divulgar información sobre usted a su empleador si usted lo autoriza o si lo permite la ley cuando haya un reclamo o demanda acerca de una afección médica, o si la información se refiere a la realización de un trabajo en particular.

19. Otros modos en que Alliance puede usar o divulgar información sobre usted:

- Podemos, si la ley lo necesita, divulgar información sobre usted a médicos forenses cuando éstos investigan muertes.
- Podemos divulgar información a directores de funerarias, en la medida en que necesiten cumplir sus obligaciones, según lo permita la ley.
- Podemos divulgar información sobre usted a organizaciones que ofrecen servicios de trasplante de órganos y tejidos.
- Podemos usar o divulgar información a la FDA cuando se trate de la calidad, seguridad o efectividad de un producto o actividad relacionados con dicha institución.
- Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar información sobre usted a custodios o tutores.
- Podemos divulgar información sobre usted en la medida en que lo necesitemos para otorgar el seguro contra accidentes de trabajo.
- Si Alliance es vendida o se fusiona con otra organización, su información y registro de salud pertenecerán al nuevo propietario. Pero tendrá la posibilidad de inscribirse en otro plan de salud.
- Podemos usar o divulgar información sobre usted con la finalidad de proteger dicha información cuando la transmitamos por Internet.

Cuándo no podemos usar o divulgar información sobre usted

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

Es posible que Alliance se comunique con usted

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

Sus derechos de privacidad

1. **Derecho a solicitar protección especial de la privacidad.** Tiene derecho a solicitar límites en ciertos usos y divulgaciones de su información personal. Puede hacerlo por medio de una solicitud por escrito en la que nos indique qué información quiere limitar y de qué manera quiere limitar su uso o divulgación. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar su solicitud, y le informaremos nuestra decisión.
2. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a solicitar que le enviemos su información de una determinada manera o a una ubicación específica si el modo usual en que lo hacemos lo pone en una situación de riesgo. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a su dirección de trabajo. Comuníquese por escrito con nosotros para informarnos sobre el modo en que desea recibir su información y por qué sería un riesgo para usted si no seguimos sus indicaciones. Si su solicitud tiene un costo que deba pagar, se lo comunicaremos oportunamente.
3. **Derecho a ver y copiar.** Usted tiene el derecho a ver y copiar su información, con limitadas excepciones. Para ver su información, tiene que enviar una solicitud por escrito en la que especifique la información a la que desea tener acceso. Comuníquenos también si quiere verla, copiarla u obtener una copia de la misma. Las leyes de California nos permiten cobrarle una cuota justa por copiar sus registros. Podemos rechazar su solicitud ante limitadas circunstancias.

*****IMPORTANTE*****

Tome en cuenta que no tenemos una copia completa de sus expedientes médicos. Si desea ver, obtener una copia o cambiar sus expedientes médicos, contacte a su médico o clínica.

4. **Derecho a cambiar o a completar.** Usted tiene el derecho de solicitar que cambiemos la información sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Debe solicitarnos por escrito que cambiemos su registro. Infórmenos sobre las razones por las cuales considera que la información es incorrecta. Nosotros no tenemos la obligación de cambiar la información y si rechazamos su solicitud, le informaremos las razones. También le informaremos sobre el modo en que usted puede estar en desacuerdo con nuestra denegación. Podemos rechazar su solicitud si no tenemos la información. También podemos rechazar su solicitud si no creamos esa información (excepto en el caso en que la persona que creó la información ya no esté disponible para realizar el cambio). También podemos rechazar su solicitud si usted no tiene permiso de inspeccionarla y copiarla, o si consideramos que la información es correcta y completa.
5. **Derecho a que le digamos cómo divulgamos su información.** Usted tiene el derecho a recibir una lista de cómo hemos divulgado cierta información durante los seis (6) años anteriores a su solicitud. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar una cuota.

6. **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad.** Si desea obtener más información sobre estos derechos o si desea ejercerlos, llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance. (*Consulte la Lista de información de contacto para obtener más información*).

Cambios a este Aviso sobre Prácticas de Privacidad

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

Quejas

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

Alameda Alliance for Health

Attn: Member Grievances

P.O. Box 2818

Alameda, CA 94501

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

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

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

Si usted es un miembro de Alliance Medi-Cal, también puede notificar a la Oficina de Privacidad del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud a:

Department of Health Care Services

Office of HIPAA Compliance

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

Número de teléfono: **916.255.5259**

Línea gratuita: **1.866.866.0602**

Personas con problemas auditivos y del habla (CRS/TTY): **1.877.735.2929**

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

Alameda Alliance for Health

Attn: Compliance

1240 South Loop Road

Alameda, CA 94502

Número de teléfono: **510.747.4500**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

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

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

17. Definiciones

Aquí podrá encontrar algunos términos utilizados en este folleto:

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

Acuerdo o acuerdo de servicio: el contrato entre Alliance y la autoridad pública para los trabajadores de servicios de apoyo en el hogar del Condado de Alameda.

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

Enmienda: una descripción por escrito de cualquier cambio al Programa de Alliance Group Care que Alliance enviará a los miembros cuando dichos cambios tengan impacto en la Evidencia de Cobertura. Estos cambios deben leerse y adjuntarse a su Evidencia de Cobertura.

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

Servicios básicos de cuidado de la salud: todos los servicios a continuación:

- Servicios médicos, incluida la consulta y la remisión.
- Servicios para pacientes hospitalizados y servicios de atención ambulatorios.
- Servicios de laboratorio de diagnóstico y radiológicos terapéuticos y de diagnóstico.
- Servicios de cuidado de la salud en el hogar.
- Servicios de salud preventivos.
- Servicios de cuidado de la salud de emergencia, incluidos los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia y de cobertura fuera del área. Los “servicios básicos de cuidado de la salud” incluyen los servicios de ambulancia y de transporte en ambulancia proporcionados por el sistema de respuesta de emergencias “911”.

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

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

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

Año de beneficios: el periodo de 12 meses que comienza a las 12:01 a. m. del 1 de octubre y termina el 30 de septiembre.

California Children's Services (CCS): un programa que proporciona servicios a niños de hasta 21 años de edad para ciertas afecciones médicas.

Periodo de resolución de quejas: la cantidad de tiempo que Alliance use para procesar una queja después de que el proveedor la haya presentado al plan.

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

Cirugía estética: cirugía que se realiza para alterar o moldear la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia.

Dependiente:

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

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

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

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

- es para un uso repetido
- se utiliza para un propósito médico
- generalmente no es útil para alguien que no está enfermo o herido

Servicios de emergencia: atención de emergencia las 24 horas tanto dentro como fuera del área de servicio de Alliance. Una emergencia es un problema médico o de salud mental

repentino con síntomas graves que necesita tratamiento de inmediato. El problema debe ser tal que una persona sin capacitación médica podría considerar razonablemente que pondría la vida o la salud de una persona en un peligro grave, como:

- un parto activo según la definición de “parto activo” en esta sección de la EOC
- poner la salud del paciente en grave peligro
- daño grave a las funciones corporales
- disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo
- un trastorno mental que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad suficiente como para que cualquiera de las siguientes se cumpla con relación al paciente:
 - ser un peligro inmediato para sí mismo u otros
 - estar incapacitado para proporcionarse o utilizar alimentos, abrigo o ropa de manera inmediata debido al padecimiento mental

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

Exclusión: un servicio que no cubrimos.

Experimental o de investigación: cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamento, instalación o uso de instalación, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivo, o suministros que no se reconozcan como acordes a los estándares médicos profesionales generalmente aceptados o para los que no se haya determinado su seguridad y eficacia para usarse en el tratamiento de una enfermedad, herida o afección médica particular para la que se recomienda o recete el producto o servicio en cuestión.

Evidencia de Cobertura (EOC) o Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura: cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta poder emitido para un miembro o persona inscrita en el que se indica la cobertura a la que el miembro o la persona inscrita tiene derecho.

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

Formulario: una lista de medicamentos o elementos aprobados para miembros que cumplen ciertos criterios.

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

Contrato grupal: un contrato que por sus términos limita la elegibilidad de los miembros y de las personas inscritas en un grupo específico. (El contrato entre Alliance y la autoridad pública para los trabajadores de servicios de apoyo en el hogar del Condado de Alameda).

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

Plan de salud o plan: Alameda Alliance for Health.

Plan de servicios de cuidado de la salud o plan de servicios especializados de cuidado de la salud: se refiere a cualquiera de los siguientes puntos:

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

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

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

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

Afecciones que ponen en peligro la vida o debilitan gravemente a la persona: que pone en peligro la vida se refiere a lo siguiente:

- enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de muerte sea alta a menos que se interrumpa el avance de la enfermedad
- enfermedades o afecciones con desenlaces posiblemente mortales, en las que el punto final de la intervención clínica es la supervivencia

Que debilita gravemente a la persona se refiere a enfermedades o afecciones que causen una morbosidad irreversible grave.

Limitación: cualquier disposición que no sea una excepción o reducción y que restrinja la cobertura del plan.

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

Medicamento necesario: los servicios de cuidado de la salud o productos cubiertos que (a) se proporcionen de conformidad con las normas de práctica reconocidas de manera profesional; (b) se determinen congruentes con la afección médica por el médico que lo trate o un proveedor cualificado; y (c) se proporcionen con el tipo, suministro y nivel de servicio más apropiado que considere los riesgos, los beneficios y las alternativas posibles para el paciente; (d) sean razonables y necesarios para proteger la vida, evitar enfermedades o discapacidades, o mitigar el dolor grave mediante el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

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

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

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

Medicamento no incluido en el formulario: un medicamento que no se encuentra en el formulario y que requiere autorización de Alliance para que lo puedan cubrir.

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

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

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

Plan o plan de salud: Alameda Alliance for Health.

Contrato del plan: un contrato entre el plan y sus suscriptores o personas inscritas o una persona que contrata en su nombre, de acuerdo con el cual se les proporcionan los servicios de cuidado de la salud, incluidos los servicios básicos de cuidado de la salud; a menos que el contexto indique otra cosa, incluye contratos grupales. (El contrato entre Alliance y sus

miembros o personas inscritas que está representado por este Documento Combinado del Formulario de Autorización de Divulgación y de la Evidencia de Cobertura).

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

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

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

Directorio de proveedores: la lista de todos los nombres y direcciones de los proveedores que tengan contrato con Alameda Alliance for Health.

Cirugía reconstructiva: cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anormalidades del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades cuando se llevan a cabo para:

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

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

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

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

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

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

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

Proveedor que deja el plan: un proveedor del plan cuyo contrato para proporcionar servicios a los miembros fue cancelado o no fue renovado por el plan de salud (*También consulte la definición de “Proveedor del plan”*).

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