

**CONSTANCIA DE LA COBERTURA
Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS
PARTNERSHIP HEALTHPLAN DE CALIFORNIA**

**4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
(800) 863-4155
www.partnershiphp.org**

Vigente a partir del 11 de diciembre de 2015

Servicio de Retransmisión de California
*(Servicio de transmisión de mensajes de texto a voz
para las personas con dificultades del oído):*
(800) 735-2929 o marque el 711

Estimado miembro de Healthy Kids del Partnership HealthPlan de California:

¡Bienvenido al Partnership HealthPlan de California (PHC)!

Usted es importante para nosotros y deseamos que se sienta satisfecho con nuestro personal, nuestros médicos y demás proveedores de atención médica que verá como miembro del PHC. Deseamos ayudarle a sentirse a gusto cuando hable con ellos acerca de sus necesidades de atención médica.

Es importante para nosotros que usted comprenda cómo funciona el plan de salud del PHC para que pueda obtener la atención médica que necesita. Este Manual para Miembros combinado con la Constancia de Cobertura contiene información importante acerca de sus beneficios y explica cómo obtener atención y respuestas a las preguntas que usted pudiera tener como miembro del seguro médico Healthy Kids. Por favor, tome tiempo para leerlo.

Esta Constancia de la Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados constituyen solo un resumen del seguro médico. Debe consultar el contrato del seguro médico para determinar las normas que rigen el contrato, los términos exactos y las condiciones de la cobertura. Puede solicitar una copia del contrato del seguro llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department).

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Nosotros debemos asegurarnos de que usted comprenda su seguro médico y cómo utilizarlo. Puede comunicarse con alguno de nuestros representantes de Servicios para Miembros de lunes a viernes, entre las 8:00 am y las 5:00 pm. Nuestros representantes hablan distintos idiomas, incluido español. Además, utilizan una línea telefónica de idiomas para ayudar a los miembros que hablan otros idiomas. Puede ponerse en contacto con nosotros por los medios que se indican a continuación.

Nuevamente, agradecemos que haya elegido al Partnership HealthPlan de California (PHC). Esperemos trabajar con usted para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

**Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534**

Puede ponerse en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Las personas con deficiencias auditivas y/o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **(800) 735-2929** o **marcar el 711**.

O visítenos en nuestro sitio Web en www.partnershiphp.org.

CONTENIDO

PARTE 1	CÓMO UTILIZAR SU PLAN DE SALUD PHC/HEALTHY KIDS	1
	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DEL PHC	1
	CÓMO USAR SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PHC	1
	CÓMO ELEGIR A SUS MÉDICOS Y PROVEEDORES	1
	CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR MÉDICO PRIMARIO (PCP)	1
	RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS POR EL PAGO DE SERVICIOS	2
	CAMBIO DE PROVEEDOR MÉDICO PRIMARIO (PCP)	2
	CÓMO HACER UNA CITA CON SU MÉDICO	3
	REFERENCIAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS	4
	SERVICIOS QUE USTED PUEDE OBTENER SIN UNA REFERENCIA MÉDICA	4
	AUTORIZACIÓN PREVIA (UN OK DEL PHC)	5
	CÓMO OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	6
	AYUDA EN OTROS IDIOMAS	7
	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	7
	UBICACIÓN DE DEPENDENCIAS Y PROVEEDORES	8
	ÁREA DE SERVICIO	8
PARTE 2	PROGRAMAS Y SERVICIOS QUE LO MANTIENEN SALUDABLE	10
	EXAMEN MÉDICO INICIAL Y EXAMEN DE PACIENTE NUEVO	10
	SERVICIOS PREVENTIVOS PARA NIÑOS Y ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DEL NIÑO	10
	EXÁMENES ANUALES Y ATENCIÓN GINECOLÓGICA	10
	EMBARAZO	10
	AMAMANTAR AL BEBÉ	11
	CÓMO VIVIR CON DIABETES	11
	CÓMO VIVIR CON EL ASMA	12
	SERVICIOS DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD	12
	PAUTAS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA	13
	BEBÉS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	13
	PROGRAMA DE VACUNAS PARA BEBÉS, NIÑOS Y ADOLESCENTES	15
PARTE 3	SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	17
	QUÉ HACER EN UNA EMERGENCIA	17
	QUÉ DEBE HACER CUANDO NECESITA SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE	18
	ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO	18
	SERVICIOS NO CUBIERTOS	18
PARTE 4	CÓMO OBTENER MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA	19
	QUÉ PUEDE RECETARME MI MÉDICO	19
	DÓNDE IR PARA QUE LE DISPENSEN LAS RECETAS MÉDICAS	19
	MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA	19
	MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO	20
PARTE 5	INFORMACIÓN SOBRE ACCESO PARA DISCAPACITADOS	21
	ACCESO FÍSICO	21
	ACCESO PARA LAS PERSONAS CON DIFICULTADES DEL OÍDO	21
	ACCESO PARA LAS PERSONAS CON DIFICULTADES DE LA VISTA	21

QUEJAS SOBRE EL ACCESO PARA DISCAPACITADOS	21
LA LEY SOBRE LOS AMERICANOS CON DISCAPACIDADES DE 1990	21
PARTE 6 INSCRIPCIÓN, FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA Y RESPONSABILIDAD ECONÓMICA DEL MIEMBRO.....	22
DISPONIBILIDAD DE FONDOS PARA EL PROGRAMA HEALTHY KIDS	22
REQUISITOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS	22
TRÁMITE DE SOLICITUD	23
FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DE LOS MIEMBROS.....	23
DISPOSICIONES SOBRE LA RENOVACIÓN REVISIÓN ANUAL DE LA ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS.....	23
NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS DE ELEGIBILIDAD	24
APELACIÓN DE LAS DECISIONES DE INSCRIPCIÓN	24
PRIMAS	24
COPAGOS Y LÍMITES DEL COPAGO	25
SI USTED POSEE MÁS DE UN PLAN DE SALUD (COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)	26
PARTE 7 SUS BENEFICIOS MÉDICOS.....	27
ACUPUNTURA	27
SERVICIOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS	27
TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS (PACIENTES INTERNADOS)	27
TRATAMIENTO DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS (PACIENTES AMBULATORIOS)	27
SERVICIOS DE AMBULANCIAS.....	27
BIORRETROALIMENTACIÓN (BIOFEEDBACK).....	28
SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.....	28
ESTUDIOS CLÍNICOS DEL CÁNCER.....	28
ANTEOJOS Y LENTES PARA CATARATAS	29
SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS	29
EQUIPO MÉDICO DURADERO Y SUMINISTROS.....	29
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, RADIOGRAFÍAS Y LABORATORIO	31
SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	31
DISPOSITIVOS Y SERVICIOS PARA LA AUDICIÓN.....	31
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN EL HOGAR	32
HOSPICIO (CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS)	33
SERVICIOS DE HOSPITAL (PACIENTES INTERNADOS - CON ESTADÍA POR LA NOCHE).....	33
SERVICIOS DE HOSPITAL (PACIENTES AMBULATORIOS – NO SE QUEDAN EN EL HOSPITAL POR LA NOCHE)	34
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	35
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES INTERNADOS)	35
SERVICIOS DE SALUD MENTAL (PACIENTES AMBULATORIOS)	36
TRANSPORTE MÉDICO NO URGENTE	37
ORTÓTICOS Y PRÓTESIS.....	37
TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y DEL HABLA.....	37
CUIDADO DEL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD.....	38
RECETAS MÉDICAS	38
SERVICIOS PROFESIONALES.....	39
CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	41
TRASPLANTES DE ÓRGANOS.....	42
CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	42

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS	42
PARTE 8 SERVICIOS DE LA VISTA CUBIERTOS, BENEFICIOS Y COPAGOS.....	45
CÓMO OBTENER LOS SERVICIOS PARA LA VISTA	45
TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS	45
SUS BENEFICIOS PARA LA VISTA.....	45
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	47
RESPONSABILIDADES DE PAGO.....	47
DISPOSICIONES SOBRE SERVICIOS PARA LA VISTA RECIBIDOS FUERA DE LA RED	48
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	48
APELACIÓN DE RECLAMOS	48
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA	49
PARTE 9 SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS, BENEFICIOS Y COPAGOS	50
CÓMO OBTENER BENEFICIOS DENTALES	50
CÓMO ELEGIR UN DENTISTA.....	50
CÓMO HACER CITAS	50
REFERENCIAS (DERIVACIONES) A ESPECIALISTAS	51
SEGUNDA OPINIÓN DENTAL.....	51
SERVICIOS DE ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA Y URGENTES	51
CÓMO OBTENER SERVICIOS DE ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA O URGENTES.....	51
RESPONSABILIDADES DE PAGO.....	52
SUS BENEFICIOS DENTALES	52
OTROS BENEFICIOS DENTALES	57
BENEFICIOS DE ORTODONCIA	58
OTROS SERVICIOS DENTALES EXCLUIDOS	58
QUEJAS SOBRE LOS SERVICIOS DENTALES	58
APELACIONES	59
PARTE 10 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS.....	60
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	60
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES ESPECÍFICAS	60
PARTE 11 SI ESTÁ DISCONFORME CON UN PROVEEDOR DE PHC	61
PRESENTAR UNA QUEJA	61
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE QUE INVOLUCRA A UN SERVICIO MÉDICO EN DISPUTA	62
REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE DE RECLAMOS QUE INVOLUCRAN RECHAZOS BASADOS EN SERVICIOS DE TERAPIAS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN	63
PARTE 12 CAMBIOS DE BENEFICIOS, PÉRDIDA DE LA INSCRIPCIÓN, TERMINACIÓN Y CANCELACIÓN DEL SEGURO.....	65
CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y CARGOS	65
TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS - PÉRDIDA DE LA INSCRIPCIÓN	65
REEMBOLSO DEL PAGO DE PRIMAS	66
REINSCRIPCIÓN	67
EL DERECHO DE UNA PERSONA A CANCELAR EL SEGURO	67
REVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.....	67
PARTE 13 OTRAS COSAS QUE USTED NECESITARÍA SABER.....	68
ACCESO OPORTUNO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE NO SON DE EMERGENCIA.....	68

NOTIFICACIONES SOBRE CAMBIOS EN EL SEGURO	68
CONTRATISTAS INDEPENDIENTES	69
CÓMO SE PAGA A LOS PROVEEDORES	69
CONTINUACIÓN DE LA ATENCIÓN.....	69
SERVICIOS CULTURALES Y LINGÜÍSTICOS.....	70
PAGO DE TERCERAS PARTES	70
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....	70
COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR	71
CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS	72
POLÍTICA PÚBLICA	72
SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA (CCS)	72
DONACIÓN DE ÓRGANOS	73
PARTE 14 DEFINICIONES.....	74
PARTE 15 COSAS IMPORTANTES PARA RECORDAR.....	78
PARTE 16 AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	79

PARTE 1 Cómo utilizar su plan de salud PHC/Healthy Kids

Departamento de Servicios para Miembros del PHC

El Departamento de Servicios para Miembros del PHC puede responder sus preguntas y ayudarlo con los problemas que pueda tener con su atención médica. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros también puede ayudarlo a:

- ✓ Obtener una nueva tarjeta de identificación del PHC, si se la roban o la pierde
- ✓ Responder preguntas sobre los beneficios médicos que se encuentran cubiertos
- ✓ Elegir un médico o cambiar de médico
- ✓ Obtener la referencia (envío) a un especialista
- ✓ Obtener una segunda opinión
- ✓ Resolver problemas relacionados con el pago de cuentas médicas
- ✓ Hacer una cita con su médico
- ✓ Presentar una queja
- ✓ Responder preguntas sobre primas

El Departamento de Servicios para Miembros está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Nuestro número de teléfono es el **(800) 863-4155**. Las personas con deficiencias auditivas y/o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **(800) 735-2929 o marcar el 711**.

Cómo usar su tarjeta de identificación del PHC

Al inscribirse como miembro del PHC le enviaremos su tarjeta de identificación del PHC por correo. Muestre la tarjeta de identificación del PHC a su médico, hospital o farmacia cada vez que solicite servicios médicos. Busque en su tarjeta la siguiente información, ya que es importante y va a necesitarla:

- ✓ El nombre y teléfono de su Proveedor Médico Primario (sigla en inglés, PCP)
- ✓ El teléfono del Departamento de Servicios para Socios del PHC

Cómo elegir a sus médicos y proveedores

Lea la siguiente información para saber de qué proveedor o grupo de proveedores podrá obtener atención médica.

Cómo elegir a su Proveedor Médico Primario (PCP)

En la *Guía de Proveedores del Programa Healthy Kids* del PHC encontrará una lista de médicos y clínicas que tienen contrato con PHC. Tendrá que elegir uno para que sea su Proveedor Médico Primario o PCP, que es la sigla en inglés.

Su PCP es la persona que coordinará su atención médica. Él o ella se ocuparán de la mayoría de sus necesidades de atención médica incluyendo los cuidados preventivos tales como chequeos y vacunas. Su PCP lo referirá (enviará) a un médico especialista cuando sea necesario. Él o ella harán los arreglos para servicios hospitalarios si usted necesita internarse en un hospital, a menos que se trate de una emergencia. Si necesita atención en un hospital, por lo general irá al hospital en el que su médico normalmente ve pacientes.

La *Guía de Proveedores* lista los nombres, direcciones y números de teléfono de los proveedores médicos, para ayudarlo a encontrar uno en su área. La *Guía* incluye además las

horas de oficina, los idiomas que hablan los proveedores médicos o sus empleados, y lista el o los hospitales en los que el médico visita a sus pacientes.

Si usted tiene a más de un familiar en el plan de salud del PHC, puede elegir al mismo médico para todos o uno diferente para cada miembro de su familia.

Deberá elegir un PCP para utilizar sus beneficios. Si no elige un PCP cuando se inscribe en el programa Healthy Kids, nuestro Servicio para Miembros le asignará uno en base al lugar donde vive, su edad y el resto de información que tengamos sobre usted para ayudarnos a elegir lo mejor para usted.

Responsabilidades de los miembros por el pago de servicios

Deberá pagar por todo servicio que no esté cubierto. Los servicios no cubiertos se detallan en las exclusiones, Partes 7 a 10 de este manual.

En general, en los servicios cubiertos usted es el único responsable de los copagos. Sin embargo, algunos servicios requieren referencia de su PCP o autorización previa del PHC. Usted deberá hacerse responsable del pago de estos servicios si los solicita sin referencia o autorización previa.

En caso de que PHC no pague a un proveedor participante por los servicios cubiertos, el miembro no será responsable ante el proveedor por ningún dinero que deba el plan. Sin embargo, si el PHC no paga a un proveedor no participante por servicios cubiertos, es posible que el miembro sea responsable ante el proveedor no participante por el costo de tales servicios. También es posible que el miembro sea responsable de pagar por servicios no cubiertos, ya sea que los reciba de un proveedor participante o un proveedor no participante. Sin embargo, si usted necesita atención de emergencia, podrá recibir los servicios de un proveedor no participante sin referencia o autorización. Consulte la Parte 3 de este manual para obtener más información sobre los Servicios de emergencia.

Si recibe una factura o se le cobra un beneficio cubierto, debe comunicarse inmediatamente con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Para determinar si se le pueden reembolsar los gastos o si el reclamo se puede pagar, usted o el proveedor del servicio deben presentar una factura detallada que refleje los servicios prestados. Además, también puede enviar el reclamo a Partnership HealthPlan of California, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534, Atención: Departamento de Servicios para Miembros. Por favor incluya su número de teléfono en caso de que necesitemos contactarlo.

Cambio de Proveedor Médico Primario (PCP)

Casi siempre es mejor conservar el mismo médico para que él o ella realmente lleguen a conocer sus necesidades e historial médicos. Sin embargo, usted puede decidir que desea cambiar de médico. Si desea hacerlo, por favor, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Puede cambiar de médico por cualquier motivo. Si elige un médico que no está disponible, le avisaremos y le ayudaremos a elegir otro. Cuando cambie de médico, le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación del PHC. La nueva tarjeta llevará impresos el nombre del médico y su número de teléfono. También indicará la fecha en que entrará en vigencia el cambio.

Si usted contacta al Departamento de Servicios para Miembros antes del día 15 del mes, podrá comenzar a ver a su nuevo Proveedor Médico Primario el día 1° del mes siguiente. Si contacta al Departamento de Servicios para Miembros después del día 15 del mes, usted será transferido a su nuevo Proveedor Médico Primario recién el día 1° del segundo mes a partir de la fecha en que PHC recibió su pedido de cambio.

Podemos pedirle que cambie de médico si:

- ✓ Su médico se jubila o se muda fuera del área
- ✓ Su médico ya no acepta el seguro médico del PHC
- ✓ Usted no logra llevarse bien con su médico
- ✓ Usted hace citas pero no se presenta a ellas ni llama para cancelarlas
- ✓ Usted se comporta en forma maleducada o abusiva, o trastorna el consultorio del médico

Le informaremos por escrito o por teléfono si necesitamos pedirle que cambie de médico.

Es importante que sepa que cuando se inscribe en el PHC, los servicios se prestan por intermedio de un panel de proveedores. No podemos garantizar que un determinado médico, clínica, hospital u otro proveedor siempre formará parte de nuestro panel.

Cómo hacer una cita con su médico

Para ver a su médico con el fin de recibir cuidados preventivos o cuando esté enfermo, llame al consultorio para pedir una cita. Cuando llame, **dígales que es miembro del Programa Healthy Kids del PHC**. El número y teléfono de su PCP aparecen en el frente de su tarjeta de identificación del PHC.

Para algunos tipos de atención médica es posible que demore más en obtener citas que para otros. He aquí algunas pautas generales para hacer citas. Por favor, recuerde que estas son pautas generales y que el tiempo que demore en obtener una cita dependerá del consultorio o clínica y del tipo de atención que necesite:

- ✓ Para visitas de rutina al consultorio, debe llamar a su médico por lo menos 2 días antes.
- ✓ Para servicios de cuidados preventivos de la salud tales como exámenes del bienestar del niño, exámenes médicos anuales o vacunas, debe llamar al consultorio de su médico por lo menos con 3 a 6 semanas de anticipación.
- ✓ Si usted o su niño tiene una necesidad de atención médica urgente, por favor llame a su médico inmediatamente y pida la primera cita disponible. Cuando llame, explique cuáles son sus síntomas para que el personal del consultorio pueda evaluar cuán urgente es la situación.

Puede comunicarse con su PCP 24 horas al día, 7 días a la semana. Si su médico no está disponible, él o ella tendrán un servicio de contestación de llamadas o una máquina contestadora en la que estarán grabadas las instrucciones sobre cómo obtener atención médica después del horario de atención.

Cuando tenga una cita debe **llegar puntual**. Llame al consultorio del médico lo antes posible si:

- ✓ Va a llegar tarde a la cita, o
- ✓ Necesita cancelar la cita

Esto ayudará al médico a mantener su horario y reducir el tiempo de espera de los demás pacientes. También puede cambiar la fecha de su cita.

Si usted falta a varias citas sin llamar previamente para cancelarlas, su médico puede decidir que ya no desea verlo como paciente. En esa situación, nosotros nos comunicáramos con usted para que pueda elegir a otro PCP. Si no está satisfecho con la decisión de su médico de dejar de verlo, tiene el derecho de presentar una queja según se describe en la Parte 11 de este documento.

Referencias a médicos especialistas

Su Proveedor Médico Primario podría decidir referirlo (enviarlo) a un proveedor médico diferente si usted tiene una condición médica o enfermedad que requiere atención especial. Cuénteles a su médico lo más que pueda acerca de su condición y su historia médica para que juntos puedan decidir lo que es mejor para usted. Su PCP puede enviarlo a un especialista para que obtenga la atención que necesita.

Si su PCP determina que usted necesita ver a un especialista, él o ella enviará al especialista por fax o correo un formulario llamado Formulario de Autorización de Referencia (sigla en inglés, RAF). Ese documento hace saber al especialista que su PCP ha autorizado la consulta. Es posible que el consultorio de su PCP llame para hacer una cita con el especialista o que le pidan a usted que lo haga. Si usted ha estado viendo, o desea ver, a un determinado especialista, hágaselo saber a su PCP cuando pida la referencia.

Su PCP no necesita obtener la autorización de PHC para enviarlo a un especialista. En caso de que no contemos con un proveedor participante disponible que pueda prestar los servicios necesarios, su Proveedor Médico Primario lo referirá al especialista apropiado más cercano que no forme parte del panel de PHC.

Si necesita recibir atención médica especializada durante un plazo prolongado, su Proveedor Médico Primario puede darle una referencia extendida que dure hasta un año. Si recibe esta referencia extendida podrá ver al especialista durante un año sin necesidad de regresar a su PCP cada vez para la referencia. Su Proveedor Médico Primario puede darle una referencia extendida para un especialista local o un centro médico con experiencia en tratar su enfermedad. Si su PCP necesita ayuda para encontrar a un especialista que lo vea, él o ella deberán llamar a nuestro Departamento de Relaciones con el Proveedor para solicitar ayuda.

Servicios que usted puede obtener sin una referencia médica

Usted puede obtener los siguientes servicios de un proveedor que esté contratado por PHC para el Programa Healthy Kids, sin necesidad de referencia de su Proveedor Médico Primario:

- ✓ Servicios de planificación familiar

- ✓ Servicios por asuntos delicados (incluidos pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y terminación de embarazos)
- ✓ Servicios de obstetricia o ginecología
- ✓ Servicios de salud mental que brindan proveedores del plan o el Departamento de Salud Mental del Condado (servicios para trastornos emocionales serios - sigla en inglés, SED)
- ✓ Servicios de rutina para el cuidado de la visión
- ✓ Servicios dentales (algunos servicios dentales pueden necesitar una referencia de su dentista)

Puede obtener los siguientes servicios sin una referencia de su PCP. PHC no requiere que estos servicios sean brindados por un proveedor contratado:

- ✓ Servicios de emergencia
- ✓ Cobertura fuera del área para servicios de necesidad urgente
- ✓ Si usted es un americano nativo, puede obtener servicios en un Centro de Salud indio sin referencia de su Proveedor Médico Primario

Autorización previa (un OK del PHC)

PHC debe aprobar algunos servicios, equipos y suministros médicos y algunos medicamentos antes de que usted pueda utilizarlos. La autorización previa significa que tanto su médico como PHC están de acuerdo en que los servicios que usted recibirá son médicamente necesarios.

Si usted necesita algo que requiere autorización previa, el proveedor de atención médica nos enviará una Solicitud para la Autorización del Tratamiento (sigla en inglés, TAR). Su proveedor sabe qué servicios requieren una TAR. Estos incluyen:

- ✓ Atención hospitalaria que no es de emergencia
- ✓ Algunos tipos de suministros médicos y equipo médico duradero como sillas de ruedas
- ✓ Algunas pruebas de diagnóstico como paciente ambulatorio tales como Imágenes de Resonancia Magnética (sigla en inglés, MRI)
- ✓ Algunos medicamentos

Cuando recibimos una TAR, nuestro personal médico (médicos, enfermeras y farmacéuticos) la examinan. Examinan cada caso para asegurarse de que usted esté recibiendo el mejor tratamiento y el más apropiado para su condición médica.

Nosotros aprobamos la mayoría de las TAR, pero algunas veces una TAR se difiere. Esto significa que necesitamos preguntar más información al proveedor, o pedirle que intente otro tratamiento antes. Nosotros le haremos saber a su médico si la TAR ha sido aprobada, o si necesitamos más información. Consulte con su médico si desea saber si una TAR ha sido aprobada o no. Respondemos a todas las TAR en un plazo de cinco (5) días laborables desde la fecha en que las recibimos. Si un tratamiento es urgente, respondemos en un (1) día laborable.

Una vez que una TAR ha sido aprobada, el proveedor le puede prestar el servicio o dar el medicamento.

En los pocos casos en los que una TAR no se aprueba, tanto usted como su proveedor recibirán una carta dentro de los siguientes 1 o 2 días laborables. Esta carta se llama de negación, y le explica a usted y a su proveedor los motivos de la negación y cómo usted puede apelar la decisión si no está de acuerdo con ella.

Puede contactar al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener más información sobre cómo tomamos estas decisiones.

Cómo obtener una segunda opinión médica

Algunas veces es posible que usted tenga preguntas acerca de su enfermedad o del plan de tratamiento que recomienda su Proveedor Médico Primario y desee una segunda opinión. Puede solicitar una segunda opinión por cualquier motivo, incluyendo los siguientes:

- ✓ Usted tiene dudas sobre cuan razonable o necesario es un procedimiento quirúrgico que se le recomienda.
- ✓ Usted tiene preguntas acerca del diagnóstico o un plan de tratamiento
- ✓ El plan de tratamiento al que se está sometiendo no ha mejorado su condición médica en un plazo apropiado para una enfermedad específica
- ✓ Su proveedor no puede diagnosticar la condición debido a condiciones médicas poco claras o complejas o a resultados conflictivos en las pruebas
- ✓ Tiene inquietudes importantes sobre su diagnóstico o plan de tratamiento
- ✓ Otras razones que usted puede tener

Si desea una segunda opinión, usted debe hablar con su Proveedor Médico Primario y pedirle una referencia. Su PCP lo referirá a un proveedor calificado del panel de PHC para que dé su segunda opinión. Un profesional adecuadamente calificado para la atención médica es un PCP, especialista u otro proveedor de atención médica con licencia que actúe dentro de su campo de práctica y que tenga los antecedentes, entrenamiento y conocimientos especializados clínicos relacionados con una enfermedad o condición en particular que se asocian con el pedido de una segunda opinión. Si no existe un proveedor calificado en el panel, su PCP podrá referirlo al proveedor apropiado más cercano fuera del panel. Esta cita requiere un copago de \$5. No debe acudir a un médico para obtener una segunda opinión hasta tener un Formulario de Autorización de Referencia (sigla en inglés, RAF) de su PCP.

En situaciones que no sean de emergencia las segundas opiniones se tramitarán en el plazo de 1 a 2 semanas. En situaciones urgentes o de emergencia, las segundas opiniones se autorizarán o negarán en un plazo que resulte apropiado para la naturaleza de la condición del miembro, que no excederá de 72 horas (tres días) desde la recepción del pedido en el plan, siempre que sea posible. Si su médico no quiere referirlo para una segunda opinión, contacte al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155** y explique la situación.

Si su PCP niega su solicitud para una segunda opinión, usted puede apelar la negación siguiendo el procedimiento de reclamos del PHC. Consulte el trámite de apelaciones en la Parte 11.

Ayuda en otros idiomas

La buena comunicación es importante para entender cómo funciona el plan de salud de PHC y también para obtener una buena atención médica. Algunos de los médicos de nuestro panel ofrecen sus servicios en otros idiomas que no sean inglesas. Si necesita ayuda para elegir un médico que ofrezca servicios en un idioma que no sea inglés, consulte nuestra *Guía de Proveedores* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Si tiene problemas para hablar con su médico debido a diferencias en el idioma, podemos coordinar servicios de interpretación por medio de una línea telefónica de idiomas a la que su médico puede llamar. También usamos la línea telefónica de idiomas cuando hablamos con miembros que hablan idiomas diferentes a los de nuestros representantes de Servicios para Miembros. Usted no tiene que utilizar a sus familiares o amistades como intérpretes. Los servicios de interpretación no tienen costo alguno.

Si su médico considera que existen circunstancias especiales por las cuales necesita un intérprete en persona para una cita médica, su médico puede llamarnos para pedir la autorización necesaria. Si aprobamos la solicitud, le proporcionaremos un intérprete que estará en el consultorio del médico con usted durante la cita. Su médico puede utilizar la línea telefónica de idiomas desde su consultorio sin programación previa. Los servicios de interpretación en persona, así como la interpretación en Lenguaje de Señales americano deben programarse con anticipación. Para eso deberá llamarnos o pedirle a su médico que nos llame al **(800) 863-4155**, por lo menos 2 o 3 días antes de su cita si cree que necesita este servicio.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Como miembro del PHC, usted tiene el derecho de:

- ✓ Recibir información sobre el Partnership HealthPlan de California, sus servicios, sus médicos de cabecera y proveedores contratados, los derechos y responsabilidades de sus miembros y toda la atención médica que usted tiene disponible. Recibir información clara sobre cómo puede usted obtener estos servicios y beneficios.
- ✓ Participar en discusiones honestas y decisiones acerca de sus necesidades de atención médica.
- ✓ Que sus expedientes se mantengan confidenciales, a menos que las leyes exijan información o que usted nos autorice por escrito a dar información. Si nos avisa con bastante tiempo, usted tiene el derecho de revisar sus expedientes con su médico. Puede solicitar una copia de la política de confidencialidad del plan en Servicios para Miembros.
- ✓ Recibir información sobre el proceso de reclamos del PHC y saber cómo usarlo. No perderá sus beneficios de atención de la salud si presenta una queja.
- ✓ Recibir información si sus proveedores médicos dejan de estar disponibles por algún motivo.
- ✓ Comprender las opciones de tratamiento y participar con los proveedores médicos en la toma de decisiones respecto de su atención médica hasta donde la ley lo permite. Tiene también el derecho de rehusar o discontinuar su tratamiento.
- ✓ Recibir una segunda opinión sobre sus opciones de tratamiento.
- ✓ Que se discuta en forma imparcial las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones médicas, sin importar la cobertura que

usted tiene en cuanto a costos y beneficios, en un lenguaje que le sea fácil de entender.

Como miembro del PHC usted es responsable de:

- ✓ Leer detenidamente toda la información que nosotros le enviemos una vez que esté inscrito, ya que eso le ayudará a comprender cómo utilizar los beneficios de su plan de salud y cómo mantener bajos los costos que no estén cubiertos por el seguro médico.
- ✓ Seguir los planes de tratamiento que su médico prepare para usted. Si opta por no seguir el plan de su médico, debe tomar en cuenta y aceptar los riesgos.
- ✓ Hacer preguntas acerca de cualquier condición médica y asegurarse de que comprende las explicaciones e instrucciones que le dé su proveedor.
- ✓ Hacer y cumplir con las citas médicas e informar a su proveedor con por lo menos 24 horas de anticipación cuando tenga que cancelar una cita.
- ✓ Pagar cualquier prima o copago puntualmente.
- ✓ Tratar a todo el personal y proveedores de atención médica de PHC con respeto y cortesía.
- ✓ Hasta donde sea posible, brindar la información que necesitan PHC y sus proveedores médicos para cuidar su salud.
- ✓ Comunicarle a su proveedor médico su condición médica y los medicamentos que está tomando.
- ✓ Ser puntual al asistir a sus citas médicas.

Ubicación de dependencias y proveedores

PHC ha hecho contrato con proveedores en todo su condado de residencia. Para obtener la ubicación de los Proveedores Médicos Primarios, especialistas, hospitales, proveedores auxiliares de salud, farmacias y demás proveedores del seguro, sírvase consultar la *Guía de Proveedores*. Llame a Servicios para Miembros si necesita una *Guía de Proveedores*.

La *Guía de Proveedores* incluye la dirección y número de teléfono del consultorio del proveedor, los días y horas en que atiende en su consultorio, y los idiomas que se hablan en su consultorio. Además, se incluye si los consultorios tienen facilidades de acceso para discapacitados.

Área de servicio

El programa de salud Healthy Kids del PHC brinda sus servicios en los Condados de Solano, Sonoma y Yolo. Su área de servicio se define como su condado de residencia. Los miembros deben recibir toda la atención médica en su condado de residencia, por medio de un proveedor contratado por PHC como proveedor del programa Healthy Kids, a menos que PHC o un proveedor contratado autoricen por adelantado el servicio con otro proveedor.

Aviso importante

Algunos hospitales y otros proveedores no brindan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos en el contrato de su plan y que usted o sus familiares miembros podrían necesitar:

- ✓ Planificación familiar
- ✓ Servicios de anticoncepción, incluida anticoncepción de emergencia

- ✓ Abortos
- ✓ Esterilización, incluida ligadura de trompas al momento del trabajo de parto o del parto
- ✓ Tratamientos por infertilidad

Debería obtener mayor información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, grupo médico, asociación de práctica independiente, clínica o al Departamento de Servicios para Miembros del PHC al **(800) 863-4155**, para asegurarse de que podrá recibir los servicios de atención médica que necesita.

PARTE 2 Programas y servicios que lo mantienen saludable

Examen médico inicial y examen de paciente nuevo

Todos los miembros nuevos deben ver a su PCP para un examen médico inicial (examen de paciente nuevo) dentro de cuatro (4) meses de haberse afiliado al PHC. La primera consulta con su nuevo médico es importante ya que es el momento en que se conocen el uno al otro y examinan su salud. Su médico puede ayudarle a comprender sus necesidades médicas y aconsejarlo sobre cómo permanecer saludable. ¡Llame a su PCP hoy mismo para pedir una cita!

Servicios preventivos para niños y atención para el bienestar del niño

Los bebés necesitan frecuentes chequeos para asegurarse de que están creciendo y desarrollándose normalmente. Durante esas consultas, el médico controla la estatura, peso, oído, vista y dientes del bebé. Todas las inmunizaciones (vacunas) se dan durante estas visitas. Pregúntele a su médico cuándo debe llevar a su bebé para el siguiente chequeo.

Los niños y adolescentes (2 a 18 años de edad) deben chequearse una vez al año, aún si no están enfermos. Durante esas consultas, el médico verificará cuánto han crecido, su oído, vista y cuán listos están para hacer deportes. También revisará información importante sobre seguridad. Asegúrese de programar estos chequeos para cada niño, cada año.

Consulte los cuadros que aparecen en las páginas 13-15 donde se indica cuándo se deben programar las vacunas y servicios preventivos para los niños.

Exámenes anuales y atención ginecológica

Usted no necesita una referencia de su PCP para recibir servicios ginecológicos u obstétricos. Puede ir donde cualquier ginecólogo u obstetra contratado por el PHC para el seguro médico Healthy Kids.

Las adolescentes que ya son sexualmente activas deberían hacerse un chequeo anual, incluyendo un examen ginecológico, con su PCP o un ginecólogo u obstetra. Una forma útil para recordar cuando hacer estas consultas es programarlas cerca del cumpleaños cada año. Estos chequeos la ayudarán a mantenerse saludable. Si desea mayor información sobre estos exámenes, llame a su PCP o a su ginecólogo u obstetra (OB/GYN).

Embarazo

Si está embarazada o cree estarlo, es importante que vaya al médico para recibir atención prenatal lo antes posible. De esta manera tanto usted como su bebé podrán estar lo más saludables que se pueda. Puede ir al médico que acepte a miembros del seguro médico Healthy Kids que prefiera para recibir atención prenatal, no necesita una referencia de su Proveedor Médico Primario para ver a un obstetra.



Si desea recibir información sobre cómo tener un embarazo saludable y como afiliarse a nuestro Programa Crecer Juntos, llame a nuestro Departamento de Coordinación de Atención al **(800) 809-1350**. Nuestro personal de Coordinación de Atención le ayudará:

- ✓ Con sus preguntas sobre el embarazo
- ✓ A inscribirse en clases de preparación para el parto

- ✓ A encontrar un programa de apoyo a los miembros con problemas de abuso de sustancias
- ✓ A dejar de fumar
- ✓ A obtener transporte para sus citas prenatales
- ✓ A ganar obsequios gratuitos por asistir a sus citas de atención prenatal de rutina
- ✓ Con sus preguntas sobre amamantar al bebé
- ✓ A encontrar un ginecólogo / obstetra

Una vez que nazca el bebé, tendrá que ver al médico seis (6) semanas después. Es un momento importante, ya que el médico podrá ver cómo está cambiado su cuerpo después del nacimiento del bebé y asegurarse que tanto usted como su bebé estén bien. Pocos días después del nacimiento del bebé, llame al consultorio de su médico para pedir una cita posterior al parto.

Amamantar al bebé

Amamantar al bebé tiene enormes beneficios tanto para la mamá como para el bebé. El bebé recibe todo los elementos nutritivos que necesita para mantenerse saludable y cuesta menos que la leche en polvo o de lata. PHC paga por bombas para extraer la leche y demás suministros cuando sea médicamente necesario para las madres que regresan a los estudios o al trabajo. Si desea amamantar a su bebé, comuníquese con el Departamento de Coordinación de Atención al **(800) 809-1350** para obtener información y apoyo sobre los servicios gratuitos que le ayudarán a tener éxito.

Cómo vivir con diabetes

La diabetes es una enfermedad grave que afecta la forma en la que su organismo utiliza los alimentos para convertirlos en energía. Si no se atiende bien, la diabetes puede causar graves problemas a la salud. Lo bueno es que cualquier persona puede aprender a vivir una vida saludable a pesar de la diabetes. Los niños con diabetes son elegibles para formar parte del Programa de Servicios para los Niños de California (sigla en inglés, CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

Si usted tiene diabetes, debe tomar parte activa en su propio cuidado diario. Usted, su médico y otros proveedores de atención médica manejarán su diabetes juntos. Debe realizar chequeos regulares con su Proveedor Médico Primario para controlar su salud, sus pies y su presión arterial. También debe hacerse un examen de la vista para diabéticos una vez al año con un oculista.



Su médico también puede referirlo a un programa de educación sobre la diabetes. Allí usted aprenderá acerca de cómo cuidarse usted mismo, por ejemplo, tomando medicinas, controlando su sangre, planificando las comidas, ejercicios y cómo reducir el estrés. Para obtener más información sobre los programas de educación sobre la diabetes contacte a nuestro Departamento de Coordinación de Atención al **(800) 809-1350**.

Cómo vivir con el asma



El asma afecta tanto a niños como adultos. Puede ser muy difícil respirar durante un episodio (ataque) de asma. Afortunadamente, la mayoría de las personas pueden aprender a controlar su asma y permanecer saludables.

Trabaje con su médico para crear un plan de acción contra el asma. Su médico también puede referirlo a un programa de educación sobre el asma. Allí aprenderá cómo evitar las cosas que ocasionan ataques de asma y a usar los medicamentos de la mejor manera. Puede evitar los ataques con un buen manejo. Para más información acerca de los programas de educación sobre el asma, contacte a nuestro Departamento de Coordinación de Atención al **(800) 809-1350**.

Servicios de educación sobre la salud

Usted es la persona más importante cuando se trata de mantenerse saludable. Usted es quien hace las elecciones diarias para vivir su vida en una forma saludable. Usted se beneficiará al conocer su cuerpo y saber cómo cuidarlo. Su atención médica es un esfuerzo que comparten usted, su médico y el personal de su médico. Deseamos que usted sea lo más saludable posible. Esto podría significar que tiene que dejar de fumar, comer en forma más saludable, tener más actividades físicas o aprender cómo reducir el estrés.

Si tiene preguntas acerca de la educación sobre la salud, pregúntele a su médico o llame a nuestros Educadores sobre la salud al **(800) 809-1350**.

Hay muchas formas en las que podemos ayudarle a mantenerse saludable.

- 1) Podemos enviarle información para que aprenda más sobre determinados temas de salud;
- 2) Podemos informarle acerca de clases sobre la salud y grupos de apoyo en la comunidad; y
- 3) También podemos informarle acerca de programas especiales de educación sobre cómo vivir con la diabetes o el asma, y cómo obtener ayuda para amamantar al bebé.

Usted debe preguntarle también a su médico acerca de programas de educación sobre la salud que satisfagan sus necesidades.

Pautas para la determinación de la salud preventiva
Bebés, niños y adolescentes

Para mantener a sus niños saludables, es importante que el médico los controle y vacune regularmente aunque no estén enfermos y no tengan problemas de salud. Si su niño es un nuevo miembro del **PHC**, debe hacer que su Proveedor Médico Primario controle su salud en los primeros cuatro (4) meses de membresía. A continuación damos una lista de las pruebas necesarias para su niño dependiendo de su edad. Es posible que el médico desee realizar algunas pruebas con mayor frecuencia.

<p>Pruebas</p> 	<p>0-24 Meses</p> 	<p>3-10 Años</p> 	<p>11-18 Años</p> 
<p>Examen médico inicial (Puede incluir estatura y peso, medida de la cabeza, presión arterial, prueba del oído y vista, asesoría sobre educación de la salud y evaluación del desarrollo y de la conducta.)</p>	<p>Nacimiento, 2-4 semanas, además de 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 y 24 meses</p> <p><i>2-4 días si fue dado de alta menos de 48 horas después del parto</i></p>	<p>Cada año</p>	<p>Cada año</p>
<p>Prueba del plomo</p>	<p>12 meses y De nuevo a los 24 meses</p>		
<p>Prueba de anemia</p>	<p>9 meses y una vez entre 13-14 meses</p>	<p>A los 2 y 3 años y una vez entre 4-5 y 6-8 años</p>	<p>Una vez de 9-12 y 13-16 y 17-20 años</p>
<p>Análisis de la orina</p>		<p>Una vez de 4-5 y 6-8 años de edad</p>	<p>Una vez de 9-12 y 13-16; y 17-20 años</p>
<p>Prueba de la tuberculosis (TB)</p>	<p>Si el médico la solicita para pacientes en riesgo.</p>	<p>A los 4-5 años para pacientes en riesgo</p>	<p>Entre los 11 y 16 años para pacientes en riesgo</p>
<p>Prueba de ETS (sigla en inglés, STD) Prueba de las enfermedades transmitidas sexualmente</p>	<p>Se realiza a pacientes en riesgo.</p>	<p>Se realiza a pacientes en riesgo</p>	<p>Se realiza a pacientes en riesgo</p>

Pruebas 	0-24 Meses 	3-10 Años 	11-18 Años 
Examen de la pelvis	Se realiza a pacientes en riesgo.	Se realiza a pacientes en riesgo	Se realiza a pacientes en riesgo
<i>Referencia</i> a cita odontológica	Si muestra deterioro de los dientes	Cada año	Cada año
Guía anticipada *conversaciones y consejos adecuados para cada edad (incluye prevención de lesiones y violencia; posición al dormir y consejos sobre nutrición)	En cada cita	En cada cita	En cada cita

Programa de vacunas para bebés, niños y adolescentes

Para mantener a sus niños saludables, es importante que el médico los controle regularmente y que reciban las vacunas necesarias. A continuación damos una lista de las vacunas que se recomiendan para los niños de acuerdo con su edad. Recuerde que es importante que su niño reciba todas las vacunas. Si le falta alguna, llame al médico para hacer una cita. Nunca es demasiado tarde para vacunarse y mantenerse saludable. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestros Educadores sobre la salud al **(800) 809-1350**.

Vacunas 	0-24 meses 	3-10 años 	11-18 años 
Hepatitis B (Hep B)	1 ^a dosis: 0 y 2 meses 2 ^a dosis: 1 y 4 meses 3 ^a dosis: 6 y 18 meses		Tres dosis si no se han dado anteriormente
Difteria, Tétano, Tos Ferina (DTaP)	2, 4 y 6 meses Otra vez entre los 15 y 18 meses	Una vez entre los 4 y 6 años	Vea Tdap a continuación
Hemophilus Influenza (Hib)	2, 4 y 6 meses Otra vez entre los 12 y 15 meses		
Poliomielitis (Polio) (IPV)	2 y 4 meses Otra vez entre los 6 y 18 meses	Una vez entre los 4 y 6 años	
Sarampión, Paperas, Rubeola (MMR)	1 ^o vacuna entre los 12 y 15 meses	2 ^o dosis entre los 4 y 6 años	2 ^o dosis entre los 11 y 12 años si no se ha dado anteriormente
Varicela (VAR)	Una vez entre los 12 y 18 meses	Segunda dosis entre los 4 y 6 años	Las personas susceptibles de 7 a 18 años deben recibir 2 dosis con 4 semanas de intervalo
Hepatitis A (Hep A)	Dos dosis entre la edad de 12 y 24 meses		Dos dosis, por lo menos 6 meses de intervalo (si no se han dado anteriormente)
Antineumocócica (PCV)	2, 4 y 6 meses; otra vez entre los 12 y 18 meses		

Vacunas 	0-24 meses 	3-10 años 	11-18 años 
Rotavirus	2, 4 y 6 meses (3 dosis); o 2 y 4 meses (2 dosis)		
Meningocócica (MCV4)		Grupos de alto riesgo	Entre 11-12 años
Virus del Papiloma HPV			Entre 11-12 años (3 dosis)
Tétano, Difteria, Tos Ferina (Tdap)			Entre 11-12 años
Vacuna contra la influenza	Estacionales: mínimo 6 meses; después cada año	anual	anual

PARTE 3 Servicios de atención médica de emergencia

Qué hacer en una emergencia

Una emergencia es una condición médica o psiquiátrica que se manifiesta con síntomas agudos, de gravedad suficiente que en caso de ausencia de atención médica inmediata se pudiera esperar razonablemente que ocurra una de las siguientes situaciones:

- ✓ colocar su salud en grave peligro,
- ✓ causar graves impedimentos a sus funciones corporales, o
- ✓ causar daño grave a cualquiera de los órganos o partes de su cuerpo

Estado de emergencia psiquiátrica:

Significa un trastorno mental que presente síntomas agudos, de gravedad suficiente para que sea un peligro inmediato para sí mismo o a otros o que muestre que usted es incapaz de proporcionar o usar alimentos, vivienda o ropa debido al trastorno mental. Los servicios psiquiátricos de emergencia pueden incluir una transferencia de un afiliado a una unidad psiquiátrica en un hospital de agudos o a un hospital de agudos psiquiátricos para aliviar o eliminar la condición psiquiátrica de emergencia médica si, en opinión del proveedor de tratamiento, la transferencia no se traduciría en un deterioro significativo de la condición del paciente.

PHC brinda atención de emergencia las 24 horas del día, tanto dentro como fuera del condado donde reside. No necesita autorización previa para recibir atención de emergencia. La atención de emergencia incluye detección, examen y evaluación de condiciones psiquiátricas de emergencia y el tratamiento necesario para eliminar la condición médica de la emergencia psiquiátrica dentro de las posibilidades del lugar de atención. La atención de emergencia incluye también el parto activo.

Si necesita atención médica, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Muestre su tarjeta de identificación del PHC al personal de la sala de emergencias. Si recibe servicios de emergencia dentro o fuera del área de servicio de su plan y recibe un cobro, llame a Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Si no está seguro de si se trata de una emergencia o no, puede llamar a su médico o a la enfermera para consultas del PHC.

Cuidado después de la estabilización y cuidado de seguimiento después de una emergencia:

Si está en tratamiento en un hospital fuera de su área de servicio o fuera de los Estados Unidos, usted o su representante deben llamarnos al **(800) 863-4155**, disponible los siete días de la semana, las 24 horas al día, y así nosotros podemos coordinar su atención médica, si es seguro hacerlo. Si es razonablemente posible, usted o su representante deben llamarnos para solicitar autorización antes de recibir cuidado post estabilización (atención médica que usted recibe después de que su condición médica de emergencia ha sido estabilizada). No cubrimos ningún cuidado post estabilización que reciba de proveedores que no pertenecen al plan, fuera de su área de servicio, a menos que lo autoricemos. Lo anterior aplica si usted recibe atención médica fuera de los Estados Unidos, incluyendo México o Canadá. Nosotros necesitaremos una copia completa de sus gastos de hospital y/o clínica, o de otra forma el reembolso o pago de la factura se atrasará significativamente.

Qué debe hacer cuando necesita servicios de atención urgente

Una condición médica urgente no es una emergencia, pero puede requerir una pronta atención médica. Los servicios de atención urgente son aquellos:

- ✓ necesarios para evitar un grave deterioro de la salud
- ✓ causados por una enfermedad o lesión imprevista, o una complicación de una condición existente, incluyendo embarazo, para el cual no se puede demorar el tratamiento hasta que usted regrese al área de servicio de su plan.

Si piensa que tiene una condición médica urgente llame a su PCP. El número de teléfono de su PCP se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación del PHC. Usted puede llamar a su PCP en cualquier momento, sea de día o de noche.

Si necesita servicios de atención de urgente mientras se encuentra fuera de su condado de residencia, llame a su PCP.

Si no logra contactar a su PCP, puede requerir servicios de atención urgente sin autorización. Si recibe servicios de atención urgente fuera de su área de servicio del PHC y recibe un cobro, llame a Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Atención de seguimiento

Después de recibir cualquier servicio de atención de emergencia o urgente, tendrá que llamar a su PCP para que le dé cualquier atención posterior que necesite.

Servicios no cubiertos

Los servicios médicos prestados en una unidad de servicios de emergencia o servicios urgentes por condiciones que no son emergencias o urgencias no están cubiertos en este plan. Usted deberá pagar los cargos relacionados con dichos servicios. PHC revisará estos servicios en base a lo que el miembro razonablemente creía en el momento de acceder a estos servicios.

PARTE 4 Cómo obtener medicamentos con receta médica

Qué puede recetarme mi médico

Su PCP tiene una lista de los medicamentos que están aprobados por el PHC. Esa lista se llama “formulario”. Un grupo de médicos y farmacéuticos revisa y actualiza la lista cada año. El actualizar la lista garantiza que los medicamentos incluidos en la misma son seguros y útiles. Si su médico considera que usted necesita tomar un medicamento que no está en la lista, o su médico considera que usted necesita un medicamento que generalmente no se receta para la condición médica en particular que usted tiene, él o ella debe enviarnos un formulario llamado “Solicitud de Autorización para el Tratamiento” (sigla en inglés, TAR). La TAR nos hace saber porqué necesita el medicamento. Tendremos que aprobar la TAR antes de cubrir el medicamento para usted. Cuando recibamos una TAR para un medicamento, respondemos a su farmacia al siguiente día laborable.

Si desea saber si un medicamento en particular se encuentra en la lista, o si desea una copia del formulario del PHC, nos puede llamar al **(800) 863-4155**.

Sin embargo, aunque un medicamento pueda estar en la lista, será su médico quien decida qué medicamento es el mejor para usted. Hable con su médico si tiene preguntas o si considera que necesita un medicamento en particular.

Dónde ir para que le dispensen las recetas médicas

En nuestra *Guía de Proveedores* encontrará una lista de farmacias contratadas que le queden cercanas y donde puede ir para que le dispensen las recetas médicas. Debe ir a una de esas farmacias para obtener los medicamentos de recetas médicas. Algunas farmacias de nuestro panel tienen sucursales en toda California. Si viaja fuera de su condado de residencia y necesita un medicamento, debe llamar a Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155** para saber si hay una farmacia contratada cercana a usted.

Si necesita obtener los medicamentos con receta médica en una farmacia que está fuera del área de servicio debido a una emergencia o para el tratamiento de una condición urgente, pida a la farmacia que nos llame al **(800) 863-4155**. Nosotros le explicaremos a la farmacia cómo nos deben cobrar por el medicamento. Si le piden que pague o si ha pagado por medicamentos relacionados con servicios de emergencia o de atención urgente fuera del área, llame a Departamento de Servicios para Miembros lo antes posible al **(800) 863-4155**.

Medicamentos con receta médica

\$5 de copago por receta médica para un suministro de 30 días del medicamento. Cuando se encuentran disponibles, se requiere dispensar medicamentos genéricos a menos que exista un motivo médicamente necesario para que se dispense el medicamento de marca.

Ningún copago para medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA. Los anticonceptivos inyectables y los dispositivos anticonceptivos implantados internamente están cubiertos bajo el beneficio médico.

Cuando le dispensan una receta médica, no le darán más de lo necesario para 30 días, a menos que se trate de un medicamento de mantenimiento. Podrá repetir la receta si el médico indicó en la misma que se puede repetir. Por lo general, la farmacia llamará a su médico para verificar si se puede repetir la receta médica.

Medicamentos de mantenimiento

\$5 de copago por receta para un suministro de 90 días del medicamento. Cuando se encuentran disponibles, se requiere dispensar medicamentos genéricos a menos que exista un motivo médicamente necesario para que se dispense el medicamento de marca.

Ningún copago para los medicamentos anticonceptivos aprobados por la FDA.

Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se recetan para 60 días o más y que por lo general se recetan para condiciones crónicas tales como enfermedades cardíacas, diabetes o presión arterial alta.

PARTE 5 Información sobre acceso para discapacitados

Acceso físico

PHC ha hecho todos los esfuerzos posibles para cerciorarse que nuestras oficinas y los consultorios y dependencias de los proveedores del plan tengan acceso para las personas discapacitadas. Si no logra localizar un proveedor que tenga el acceso necesario, llame a nuestro número gratuito de Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155** y un representante de Departamento de Servicios para Miembros lo ayudará a encontrar otro proveedor que pueda cubrir sus necesidades.

Acceso para las personas con dificultades del oído

Los miembros con impedimento auditivo pueden llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros por medio del Servicio de retransmisión de California (Servicio de transmisión de mensaje de texto a voz de California) llamando al **(800) 735-2929** o **marcando el 711**.

Acceso para las personas con dificultades de la vista

Este Manual del Miembro e información adicional importante están disponibles en letras grandes, o en versiones en audio o electrónicas como discos compactos y disquetes. Los miembros con impedimentos de la audición y de la vista pueden solicitar una versión en Braille.

Quejas sobre el acceso para discapacitados

Si usted considera que el seguro o sus proveedores no han respondido a sus necesidades de acceso, puede presentar una queja ante el plan.

La Ley sobre los Americanos con Discapacidades de 1990

La sección 504 de la Ley sobre Rehabilitación de 1973 estipula que no se excluirá a ninguna persona discapacitada calificada, debido a su discapacidad, de participar en ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de asistencia financiera federal, ni se negarán beneficios ni de otra manera se la someterá a discriminación bajo tal programa o actividad.

La sección 11135 del Código de Gobierno de California prohíbe la discriminación por motivos de identificación con un determinado grupo étnico, religión, edad, sexo, color o discapacidad, en los programas o actividades que financie el estado en forma directa o que reciban asistencia financiera del estado.

La sección 11136 del Código de Gobierno de California exige que los organismos estatales, tal como se describen más arriba, envíen una notificación a cualquier contratista sobre el que haya causa razonable para creer que ha violado lo previsto en la Sección 11135 o en toda otra norma adoptada para implementar tal acción.

PARTE 6 Inscripción, fecha efectiva de la cobertura y responsabilidad económica del miembro

Disponibilidad de fondos para el Programa Healthy Kids

La aceptación de cualquier solicitud de inscripción en el Programa Healthy Kids depende de la disponibilidad de fondos públicos y privados que se reciben de entidades que pagan los costos de las primas del programa.

Requisitos para la elegibilidad de los miembros

Si se cuenta con fondos disponibles, una persona debe satisfacer las siguientes condiciones para ser elegible:

Residentes de los Condados de Solano y Yolo:

- ✓ Tener menos de 19 años.
- ✓ Estar domiciliado en los condados de Solano y Yolo.
- ✓ Ser parte de una familia que tiene ingresos anuales o mensuales combinados de 300% o menos del 300% del Nivel Federal de Pobreza. Los ingresos de la familia se ajustarán haciendo deducciones si el padre responsable o guardián paga por el mantenimiento del niño y / o pensión alimenticia o paga por el cuidado del niño.
- ✓ No ser elegible para recibir Medi-Cal completo GRATIS cuando la aplicación fue procesada
- ✓ No estar cubierto por un seguro médico pagado por el empleador durante los tres meses anteriores.

Residentes del Condado de Sonoma:

- ✓ Tener menos de 6 años.
- ✓ Estar domiciliado en el Condado de Sonoma.
- ✓ Ser parte de una familia que tiene ingresos anuales o mensuales combinados equivalentes a 300% o menos del Nivel Federal de Pobreza. Los ingresos de la familia se ajustarán haciendo deducciones si el padre responsable o guardián paga por el mantenimiento del niño y / o pensión alimenticia o paga por el cuidado del niño.
- ✓ No ser elegible para recibir Medi-Cal completo GRATIS cuando la aplicación fue procesada
- ✓ No estar cubierto por un seguro médico pagado por el empleador durante los tres meses anteriores.

Las menores embarazadas son elegibles para recibir servicios relacionados con el embarazo bajo el Programa Healthy Kids.

Si usted es miembro del Programa Healthy Kids y tiene un bebé, comuníquese con los organismos que aparecen en la lista más abajo para averiguar qué opciones de cobertura médica, incluida Healthy Kids, podrían estar disponibles para su bebé.

Los miembros del condado de Solano deben llamar al Programa de seguro Solano Kids al **(800) 978-7547**.

Los miembros del condado de Yolo deben llamar al Centro de Recursos Familiares de Yolo al **(866) 607-4030**. Los miembros del condado de Sonoma deben llamar al **(800) 427-8982**.

Trámite de solicitud

Para presentar su solicitud al Programa Healthy Kids, un solicitante debe enviar al PHC, por intermedio de un Asistente de Solicitud Certificado, toda la información, documentación y declaraciones necesarias para determinar su elegibilidad. Dicha información, documentación y declaración deben incluir:

- ✓ El nombre y domicilio del solicitante
- ✓ El nombre y domicilio de cada persona para la cual se está solicitando la inscripción
- ✓ Una declaración y documentación que respalde la información sobre los ingresos de la familia del posible miembro
- ✓ La partida de nacimiento de cada posible miembro, en la que se muestra constancia de la edad
- ✓ Constancia que el niño vive en los Condados de Solano, Sonoma y Yolo
- ✓ Una declaración que indica qué persona o personas, si la hubiese, está o están inscritas en un seguro médico pagado por el empleador

Después que la solicitud fue aprobada, se envía al PHC para procesarla. El primer pago para comenzar el período asegurado debe de hacerse con cheque de banco, giro postal o tarjeta de crédito (no se aceptarán cheques personales para el primer pago). El pago debe hacerse junto con la solicitud.

Fecha de inicio de la cobertura de los miembros

Si una solicitud debidamente llenada y la prima trimestral se reciben para el 15 del mes, la cobertura comenzará a más tardar el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si una solicitud debidamente llenada se recibe el 15 de febrero, el niño será elegible a partir del 1° de marzo. Si la solicitud se recibe el 20 de febrero, el niño será elegible a las 12:00 am del 1° de abril. La cobertura de los miembros continuará por doce (12) meses completos a menos que el miembro pierda su elegibilidad o que se dé fin al programa. Cada nuevo miembro que se considera elegible recibirá una tarjeta de identificación del PHC que muestra la fecha efectiva de su cobertura.

Disposiciones sobre la renovación Revisión anual de la elegibilidad de los miembros

La continuidad de la elegibilidad de cada miembro depende de la disponibilidad de fondos públicos y privados para pagar los costos del programa. En la fecha de aniversario de cada miembro o antes de la misma, si PHC determina que ya no cuenta con los fondos necesarios para cubrir las primas de ese miembro, se dará fin a la inscripción del mismo, según se describe en la Parte 12 de este documento.

Salvo cuando un solicitante ha presentado la solicitud en nombre de varios miembros, cada uno de ellos con su propia fecha de aniversario, se volverá a evaluar a cada miembro anualmente para determinar la continuidad de la elegibilidad al programa. Los solicitantes recibirán un aviso de renovación por lo menos sesenta (60) días de calendario antes de su fecha de aniversario.

Si los miembros de la misma familia para los cuales un solicitante ha presentado la solicitud tienen fechas de aniversario diferentes, la revisión anual de la elegibilidad se basará en la fecha de aniversario del último miembro inscrito.

Para volver a calificar, es necesario satisfacer todos los requisitos de elegibilidad enumerados en la Parte 6 de este documento.

Notificación de cambios de elegibilidad

Es responsabilidad del miembro (o responsabilidad del solicitante si el miembro es menor de edad) informar a PHC en un plazo de 30 días acerca de los siguientes cambios que podrían afectar la elegibilidad o inscripción del miembro en el programa:

- ✓ Notificación de que el miembro se ha mudado
- ✓ Notificación de que el miembro ha adquirido el derecho o está inscrito en Medi-Cal con cobertura total y gratuita
- ✓ Notificación de que el miembro está ahora cubierto por un seguro pagado por el empleador

Es responsabilidad del miembro (o del solicitante si el miembro es menor de edad) informar al Asistente de Solicitudes Certificado en un plazo de 30 días acerca de los siguientes cambios que pueden afectar la elegibilidad o inscripción del miembro en el programa:

- ✓ Notificación de que han cambiado los ingresos de la familia
- ✓ Notificación de que ha cambiado el número de personas de la familia

Apelación de las decisiones de inscripción

Si usted considera que se cometió un error al decidir si su niño es elegible, puede presentar una apelación ante PHC llamando al **(800) 863-4155**. PHC trabajará con los Asistentes de Solicitudes Certificados o Iniciativa de Salud para los niños para resolver el problema.

Prepago de cuotas

Responsabilidad financiera del miembro

Primas

El programa fija las primas, que se determinan dependiendo del tamaño de la familia y sus ingresos.

Envíe su pago a:

**Partnership HealthPlan of California
Healthy Kids Premiums – Attn: Fin
P.O. Box 3172
Suisun City, CA 94585-3172**

Una vez que su niño está inscrito en el Programa Healthy Kids usted recibirá una tarjeta mensualmente por correo. Deberá pagar a PHC antes de la fecha de vencimiento que aparece en su factura. Debe utilizar uno de los siguientes métodos para efectuar el pago:

- ✓ Cheque de cajero
- ✓ Cheque personal (no aceptado con pago inicial)

- ✓ Giro postal
- ✓ Tarjeta de crédito

Si su cheque personal fue devuelto por falta de fondos, o su tarjeta de crédito fue rechazada, Partnership HealthPlan de California (PHC) le cobrará \$20. En este caso usted deberá realizar su pago por medio de un cheque o giro postal, o un cheque de caja.

El Programa Healthy Kids no aumentará el costo de las primas, a menos que al solicitante se le haya enviado por correo regular de los EE.UU. un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación al domicilio más reciente que obre en poder del PHC.

Copagos y límites del copago

Los miembros deberán pagar un copago de \$5 por algunas visitas y servicios médicos en forma directa al proveedor participante, según se detalla en el Resumen de beneficios en la Parte 7 de este documento. Algunos ejemplos de servicios por los que el miembro deberá pagar un copago son la atención de emergencia, el servicio de hospital para pacientes ambulatorios y las recetas médicas. Sin embargo, hay muchos servicios que no requieren copago, incluidos la atención preventiva y para el bienestar, la atención como paciente internado, y los servicios de radiografías y laboratorio. Algunos servicios dentales y de la vista también requieren un copago de \$5. Están detallados en las Partes 8 y 9 de este documento. Los miembros de su familia que se han inscrito como una unidad en PHC/Healthy Kids no deben pagar más de \$250 en conjunto en copagos por servicios de atención médica, excluidos los copagos por servicios dentales y de la vista, en el curso de cualquier año de beneficios. Los años de beneficios son períodos de doce (12) meses que comienzan el 1° de Enero y terminan el 31 de Diciembre.

Asegúrese de solicitar y guardar todos los recibos de sus visitas al médico y de las recetas médicas. En cuanto usted haya pagado \$250 durante un año de beneficios, envíe o lleve los recibos a PHC, a la dirección que aparece debajo. Deberá pagar copagos hasta que nosotros recibamos la prueba y verifiquemos que usted ha pagado el máximo de \$250.

Partnership HealthPlan of California
Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Una vez que hayamos verificado que usted ha satisfecho el máximo para ese año, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación que muestra que usted ya ha alcanzado el monto máximo de copagos para el resto del año de beneficios. Lleve la nueva tarjeta a todas sus citas para que no le pidan más copagos.

Salvo en el caso del copago de \$5 para determinados servicios, con un copago máximo anual por familia de \$250 según se describe anteriormente, los miembros no son responsables económicamente por los servicios que son beneficios del Programa Healthy Kids prestados de acuerdo con los reglamentos del PHC que se describen en esta documento. No se cobrarán deducibles a los miembros por beneficios médicos, dentales ni de la vista.

Si usted posee más de un plan de salud (coordinación de beneficios)

Algunas personas tienen más de un plan de salud o póliza de seguro médico. Si es usted una de esas personas, Partnership HealthPlan de California (PHC) debe coordinar sus beneficios con su otra póliza. Contacte a PHC así como a su otra póliza antes de recibir los servicios e infórmele a cada plan acerca del otro.

- ✓ Debe informar a sus doctores así como a otros proveedores de servicios de salud acerca de cualquier otro plan de salud que usted o los miembros de su familia tengan.
- ✓ La cantidad total que paguen todos los planes juntos nunca deberá exceder el costo total de los servicios.
- ✓ Aún así, usted necesita seguir las políticas de cada plan para utilizar la red de proveedores y conseguir referencias y pre-aprobaciones.

PARTE 7 Sus beneficios médicos

A continuación encontrará un resumen de sus beneficios a través del programa de salud PHC Healthy Kids. Recuerde que algunos de estos servicios requieren primero la aprobación de su PCP o de PHC. Si tiene preguntas sobre lo que está cubierto o no, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Acupuntura

\$5 de copago por visita

- ✓ La acupuntura está cubierta para las condiciones médicas en que ha demostrado dar resultados. Debe tener una referencia de su PCP y el tratamiento debe estar autorizado por el plan. El tratamiento está limitado a veinte (20) visitas por año de beneficios.

Servicios para el tratamiento del abuso de alcohol y drogas

Los servicios para el tratamiento del abuso de alcohol y drogas son provistos por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC). Los miembros que usen estos servicios deben cumplir con los requisitos de autorización de USBHPC. Para obtener información sobre los servicios de tratamiento del abuso de alcohol y drogas los miembros deberán llamar al **(800) 718-8430**.

Tratamiento del abuso de alcohol y drogas (pacientes internados)

Ningún copago

- ✓ Hospitalización para el alcoholismo o abuso de drogas cuando sea médicamente apropiado para eliminar las sustancias tóxicas del organismo. **Llame al (800) 718-8430** para acceder a estos servicios.

Tratamiento del abuso de alcohol y drogas (pacientes ambulatorios)

\$5 por visita

- ✓ Tratamiento del abuso de alcohol o drogas para pacientes ambulatorios. (Paciente ambulatorio significa que no pasa las noches en el lugar de atención). Incluye intervención ante crisis y tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas como paciente ambulatorio según sea médicamente necesario. Llame al **(800) 718-8430** para acceder a estos servicios.

Servicios de ambulancias

Ningún copago

- ✓ Transporte en ambulancias de emergencia a los servicios de emergencia del primer hospital que lo acepte para la atención de emergencia. Incluye a las ambulancias y servicios de transporte en ambulancias provistos a través del sistema de respuestas ante emergencias “911”.

Biorretroalimentación (Biofeedback)

\$5 de copago por visita

- ✓ La biorretroalimentación es un beneficio cubierto dependiendo de la necesidad médica. Antes de recibir estos servicios, debe tener una referencia de su PCP y la autorización previa del PHC.

Sangre y productos sanguíneos

Ningún copago

- ✓ Sangre y productos sanguíneos ya sea como paciente internado o ambulatorio. Si su médico lo recomienda, PHC pagará la extracción y almacenamiento de su propia sangre para poder administrársela a usted mismo más adelante.

Estudios clínicos del cáncer

Servicios de atención médica de rutina asociada con su participación en un estudio clínico del cáncer que sea elegible. El cáncer puede ser una condición elegible del Programa de Servicios para los Niños de California (sigla en inglés, CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Para obtener más información sobre el Programa CCS Consulte la Parte 13.

Los servicios cubiertos incluyen:

- ✓ Los servicios que se proveen habitualmente en un estudio clínico
- ✓ Los servicios de atención médica necesarios para la entrega y el control clínicamente apropiado del fármaco, artículo, dispositivo o servicio bajo investigación
- ✓ Los servicios prestados para evitar complicaciones que surjan de la entrega del fármaco, artículo, dispositivo o servicio bajo investigación
- ✓ La atención razonable y necesaria para la entrega del fármaco, artículo, dispositivo o servicio bajo investigación

Para ser elegible para recibir la cobertura, usted deberá satisfacer los siguientes criterios:

- ✓ Haber sido diagnosticado con cáncer
- ✓ El miembro debe ser aceptado en un estudio clínico del cáncer fase I, fase II, fase III o fase IV
- ✓ Su PCP o especialista de tratamiento deben recomendar la participación en el estudio clínico en base a la determinación que él o ella haga de que la participación en este estudio clínico tendrá un beneficio potencial de importancia para usted. Si le interesa participar en un estudio clínico de cáncer debe hacérselo saber a su médico.

El estudio clínico del cáncer deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- ✓ El criterio de valoración del estudio no debe definirse exclusivamente para comprobar la toxicidad. El estudio debe tener una finalidad terapéutica.
- ✓ El tratamiento debe: 1) Estar aprobado por los Institutos Nacionales de la Salud, la Administración Federal de Alimentos y Fármacos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados

Unidos, o bien 2) estar relacionado con un fármaco que está exento de aprobación según los reglamentos federales para la aplicación como fármaco nuevo.

Tenga en cuenta que si al estudio clínico lo dirige un médico que no participa en el panel de proveedores del plan, este médico puede hacerlo responsable a usted del pago de los servicios que se cobren por sobre las tasas de reembolso del plan.

Exclusiones:

- ✓ El suministro de fármacos o dispositivos no aprobados por la FDA que son el tema del estudio
- ✓ Servicios que no sean los servicios de atención médica, tales como viaje, vivienda y otros gastos no clínicos que podría tener un miembro debido a su participación en el estudio
- ✓ Cualquier artículo o servicio que se preste únicamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de los datos y que no se utiliza en el manejo clínico del miembro
- ✓ Servicios de atención médica que de otra manera no serían un beneficio (salvo los que se excluyen debido a que son experimentales o de investigación)
- ✓ Servicios de atención médica que por lo general prestan los patrocinadores de la investigación sin cargo para las personas inscritas en el estudio

Anteojos y lentes para cataratas

Ningún copago

Muchas condiciones que requieren tratamiento para cataratas pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte del CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Anteojos y lentes para cataratas
- ✓ Lentes de contacto para cataratas
- ✓ Cristalinos intraoculares que reemplazan a los cristalinos naturales del ojo después de una cirugía para cataratas
- ✓ Un par de anteojos convencionales o lentes de contacto convencionales, si fueran necesarios, después de la cirugía para cataratas con inserción de un cristalino intraocular

Servicios quiroprácticos

\$5 de copago por visita

- ✓ Los servicios quiroprácticos están cubiertos para condiciones neuromusculares en las que han probado ser efectivos. Debe tener una referencia de su PCP y el tratamiento debe estar autorizado por el plan. El tratamiento está limitado a veinte (20) visitas por año de beneficios.

Equipo médico duradero y suministros

Ningún copago

Equipo médico apropiado para ser utilizado en el hogar que principalmente tiene un propósito médico, puede ser usado repetidamente y generalmente no es útil para personas que no tienen una enfermedad o lesión. Si el equipo o los suministros son para condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS), los cubrirá el Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

El equipo cubierto incluye:

- ✓ Equipo médico duradero adaptado a las necesidades del usuario
- ✓ Monitores del nivel de glucosa en la sangre
- ✓ Los siguientes equipos y suministros para la diabetes:
 - Monitores del nivel de la glucosa en la sangre, incluidos los monitores diseñados para asistir a las personas con dificultades de la vista, y tiras para verificar en nivel de glucosa en la sangre
 - Bombas de insulina y todos los suministros afines necesarios
 - Tiras para el análisis de rutina para contenido de quetona
 - Lancetas y dispositivos para punción
 - Sistemas de entrega tipo lapicero para la administración de insulina
 - Dispositivos podiátricos para evitar o tratar complicaciones causadas por la diabetes
 - Jeringas para insulina
 - Dispositivos de ayuda para la vista, excluyendo anteojos, para ayudar a las personas con dificultades de la vista con la dosificación correcta de la insulina
- ✓ Oxígeno y equipo para el oxígeno
- ✓ Monitores de apnea
- ✓ Nebulizadores
- ✓ Asistentes pulmonares y suministros afines
- ✓ Suministros para ostomías
- ✓ Catéteres urinarios y suministros
- ✓ Tubos y suministros afines
- ✓ Dispositivos espaciadores para inhaladores dosificadores

PHC determina si el equipo será rentado o comprado. También están cubiertos el reemplazo y reparación salvo que se deban a mal uso o pérdida.

Exclusiones:

- ✓ Artículos que usted usa solamente por comodidad o conveniencia
- ✓ Equipo para ejercicios e higiene
- ✓ Elementos que se usan solamente para hacer la habitación o el hogar más confortable, tales como aire acondicionado, filtros de aire, purificadores de aire, baños sauna, spas, piscinas, elevadores, o modificaciones hechas en la casa o el automóvil
- ✓ Suministros desechables, salvo las bolsas para ostomías, catéteres urinarios y suministros congruentes con las pautas de cobertura de Medicare
- ✓ Equipo experimental o de investigación
- ✓ Equipo de lujo
- ✓ Más de una pieza del equipo que sirve la misma función, a menos que sea médicamente necesario

Servicios de diagnóstico, radiografías y laboratorio

Ningún copago

- ✓ Servicios de diagnóstico en laboratorios, y servicios radiológicos para diagnóstico o terapia
- ✓ Otros servicios diagnósticos que incluyen, pero no se limitan a:
 - Electrocardiografías
 - Electroencefalografías
 - Mamografías para detección o diagnóstico de enfermedades
 - Todas las pruebas médicamente aceptadas para la detección del cáncer
 - Otros servicios necesarios para evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento apropiado al cuidado del miembro.
- ✓ Análisis de laboratorio apropiados para el manejo de la diabetes, incluyendo por lo menos: colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, HDL/LDL y hemoglobina A1C (glicohemoglobina)

Servicios de planificación familiar

Ningún copago

- ✓ Servicios de planificación familiar voluntaria, incluidos consejería y procedimientos quirúrgicos para la esterilización, según lo permitan las leyes federales y estatales
- ✓ Diafragmas y cobertura para otros dispositivos aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos federal y medicamentos anticonceptivos de acuerdo con el beneficio de medicamentos que requieren receta médica, incluyendo la cobertura para anticonceptivos de emergencia (conocidos también como la píldora del día siguiente). Usted puede obtener anticonceptivos de emergencia de cualquier farmacia o proveedor certificado que los dispense, con o sin receta médica
- ✓ Citas en consultorio para servicios de planificación familiar
 - Servicios de radiografías y laboratorio
 - Pruebas de embarazo
- ✓ Tratamiento para problemas resultantes de la atención de la planificación familiar
- ✓ Terminación del embarazo

Dispositivos y servicios para la audición

\$5 de copago por visita

La pérdida auditiva puede ser una condición elegible del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Pruebas del oído (evaluaciones audiológicas) para medir el alcance de la pérdida auditiva y una evaluación del dispositivo para el oído para determinar la marca y modelo más apropiado de dicho dispositivo

Ningún copago para los siguientes servicios:

- ✓ Dispositivos monoaurales o binaurales incluyendo molde(s) de la oreja
- ✓ Dispositivo(s) para el oído
- ✓ La batería inicial
- ✓ Los cables y demás equipo auxiliar
- ✓ No se cobra por las visitas para medir, aconsejar, ajustes, reparaciones, etc. durante el plazo de un año después de haber recibido el dispositivo para el oído.

Exclusiones:

- ✓ La compra de baterías u otro equipo auxiliar, excepto aquellos cubiertos bajo los términos de la compra inicial del dispositivo para el oído
- ✓ Cargos por un dispositivo para el oído que supera las especificaciones recetadas para corregir la pérdida auditiva
- ✓ Reemplazo de partes de un dispositivo para el oído o reparación de un dispositivo para el oído más de una vez en un plazo de treinta y seis meses
- ✓ Dispositivos para el oído implantados quirúrgicamente

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar

Servicios para la salud prestados en el hogar por personal de cuidados de la salud. Incluye las visitas de enfermeras certificadas, enfermeras vocacionales registradas, asistentes de la salud en el hogar y terapia física, ocupacional y del habla y terapia respiratoria. Esta cobertura es para una enfermedad o lesión según lo requerido por un médico certificado del plan que actúa dentro del alcance de su certificación y está aprobado por PHC. Muchas condiciones que requieren tratamiento en el hogar pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

Los servicios para el cuidado de la salud en el hogar se limitan a aquellos servicios que sean ordenados o dirigidos por el médico de cabecera u otra autoridad apropiada designada por el plan. Si un servicio básico de salud puede brindarse en más de un ámbito médicamente apropiado, la elección del ámbito para proveer el servicio quedará a discreción del médico de cabecera y otra autoridad apropiada designada por el plan. El plan deberá ejercer una administración prudente del caso médico para asegurar que se brinde la atención apropiada en un ámbito apropiado. La administración del caso médico incluye la consideración de si un servicio o ámbito en particular es económicamente conveniente o si existen opciones entre varias alternativas de servicios o ámbitos médicamente apropiados.

Los proveedores de servicios para el cuidado de la salud en el hogar incluyen a proveedores calificados (sin licencia) de servicios relacionados con el autismo (en inglés, QAS), profesionales o paraprofesionales dedicados a tratar los trastornos generales del desarrollo (PDD) o el autismo. Pueden obtenerse servicios de estos proveedores a través de U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC). Para obtener información deberá llamar a USBHPC al **(800) 718-8430**.

Ningún copago, excepto \$5 por visita para terapias físicas, ocupacionales y del habla

- ✓ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla \$5 de copago por visita
- ✓ Atención brindada por un asistente del cuidado de la salud que trabaja bajo la supervisión de una enfermera certificada o un terapeuta
- ✓ Suministros médicos de la Oficina de cuidados de la salud o Asociación de enfermeras visitantes
- ✓ Terapia de la respiración

Exclusiones:

- ✓ Servicios para el cuidado personal, tales como ayuda para caminar, bañarse, vestirse, comer o preparar comidas
- ✓ Terapia y rehabilitación física a largo plazo para condiciones crónicas

Hospicio (Centro de cuidados paliativos)

Ningún copago, excepto \$5 por visita para terapias físicas, ocupaciones o del habla. La cobertura de hospicio se limita a individuos que han sido diagnosticados con una enfermedad terminal y que no se espera que sobrevivan más de doce (12) meses.

- ✓ Cuidados de enfermeras
- ✓ Servicios sociales médicos
- ✓ Servicios de asistentes del cuidado de la salud en el hogar
- ✓ Servicios médicos
- ✓ Medicamentos con receta médica
- ✓ Suministros y dispositivos médicos
- ✓ Servicios de consejería y duelo (consejos y apoyo para afrontar el dolor y la pérdida)
- ✓ Terapia física, ocupacional y del habla para controlar los síntomas y mantener las actividades de la vida diaria y destrezas funcionales básicas - \$5 de copago por visita.
- ✓ Atención como paciente internado a corto plazo para control del dolor y manejo de los síntomas

Servicios de hospital (Pacientes internados - con estadía por la noche)

Ningún copago.

Las condiciones que requieren estadías en el hospital como paciente internado pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Una habitación de dos o más camas que contenga los muebles y equipo acostumbrados
- ✓ Atención en unidades especiales
- ✓ Salas de operaciones, salas de parto y salas de tratamientos especiales
- ✓ Suministros y servicios como laboratorio, cardiología, patología y radiología
- ✓ Medicamentos y fármacos que el hospital le suministra durante su internación, incluido oxígeno
- ✓ Transfusiones de sangre incluidos productos sanguíneos
- ✓ Terapia de radiación, quimioterapia y tratamiento de diálisis

- ✓ Comidas y dietas especiales
- ✓ Cuidados de enfermeras generales y enfermeras de servicios especiales cuando sea médicamente necesario
- ✓ Productos biológicos, productos sanguíneos y anestesia
- ✓ Terapia respiratoria, y otros servicios de diagnóstico, terapia y rehabilitación cuando resulte apropiado
- ✓ Planificación coordinada del alta médica, incluyendo la planificación de la continuación de la atención cuando sea necesaria
- ✓ Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- ✓ Anestesia general y cargos afines de las dependencias relacionadas con procedimientos dentales, cuando la hospitalización es necesaria debido a una condición médica o estado clínico subyacente, o debido a la gravedad del procedimiento dental. Este beneficio sólo está disponible para miembros menores de siete (7) años de edad, las personas con discapacidades del desarrollo, sin importar su edad, y los miembros cuya salud está comprometida y para quienes la anestesia general es médicamente necesaria sin importar la edad. PHC coordinará estos servicios con el plan dental del miembro. Se excluyen los servicios de dentistas o cirujanos bucales para procedimientos dentales.

Exclusiones:

- ✓ Artículos para la comodidad personal o una habitación privada en un hospital a menos que sean médicamente necesarios.

Servicios de hospital (Pacientes ambulatorios – no se quedan en el hospital por la noche)

\$5 de copago por visita

- ✓ Uso de la sala de emergencias (se renuncia al copago si usted es hospitalizado directamente)
- ✓ Terapia física, ocupacional y del habla

Ningún copago

- ✓ Salas de operaciones y salas de tratamientos
- ✓ Servicios de hospital que razonablemente se pueden prestar como paciente ambulatorio incluido suministros y servicios relacionados como laboratorio, cardiología, patología y radiología
- ✓ Medicamentos y fármacos que el hospital le suministra durante su internación, incluido oxígeno
- ✓ Transfusiones de sangre incluidos productos sanguíneos
- ✓ Anestesia general y cargos afines de las dependencias relacionadas con procedimientos dentales, cuando la hospitalización es necesaria debido a una condición médica o estado clínico subyacente, o debido a la gravedad del procedimiento dental. Este beneficio sólo está disponible para miembros menores de siete (7) años de edad, las personas con discapacidades del desarrollo, sin importar su edad, y los miembros cuya salud está comprometida y para quienes la anestesia general es médicamente necesaria sin importar la edad. PHC coordinará los servicios con el seguro médico del miembro. Se excluyen los servicios de dentistas o cirujanos bucales.

- ✓ Terapia de radiación, quimioterapia, tratamiento de diálisis y transfusiones de sangre

Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental son provistos por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC). Los miembros que accedan a servicios de salud mental deben seguir los requisitos de autorización de USBHPC. Para acceder a servicios de salud mental y conocer a los proveedores de salud mental, llame a USBHPC al **(800) 718-8430**. Si usted tiene una emergencia psiquiátrica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Algunas condiciones que requieren tratamiento de salud mental pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

Servicios de salud mental (Pacientes internados)

Ningún copago

Los servicios de salud mental como paciente internados son autorizados, organizados y prestados por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC).

- ✓ Los servicios de salud mental durante una internación certificada en un hospital participante, cuando lo ordena y realiza un proveedor de salud mental del plan para el tratamiento de una condición de salud mental.
- ✓ Incluye los cuidados proporcionados por proveedores calificados (sin licencia) de servicios relacionados con el autismo (QAS), profesionales o paraprofesionales que el Plan puede contratar para proporcionar tratamientos de salud del comportamiento (BHT) para los trastornos generales del desarrollo (PDD) o el autismo.
- ✓ Beneficios ilimitados incluyendo el tratamiento de personas con Trastornos emocionales severos (SED) y Enfermedades mentales graves (SMI), para quienes los beneficios no tienen límite. Las condiciones de enfermedades mentales graves incluyen:
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizo-afectivo
 - Trastorno del pánico
 - Anorexia nerviosa
 - Bulimia nerviosa
 - Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva)
 - Trastorno penetrante del desarrollo o autismo
 - Trastorno de depresión mayor
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno por atracón
 - Trastorno disfórico premenstrual
 - Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
 - Trastorno de excoiación (rascarse la piel)
 - Trastorno de acumulación
 - Trastornos del espectro autista
 - Trastornos de la comunicación
 - Trastornos de conducta
 - Trastornos de la alimentación

- Trastornos del control de impulsos
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos parafílicos
- Trastornos de la personalidad
- Disfunciones sexuales
- Trastornos del sueño-vigilia

Servicios de salud mental (Pacientes ambulatorios)

\$5 de copago por visita

- ✓ Los servicios de salud mental como paciente ambulatorio son autorizados, coordinados y provistos por U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC) Atención de salud mental cuando es ordenada e impartida por un proveedor de salud mental del plan
- ✓ Esto incluye el tratamiento de los niños que han experimentado disfunción o trauma familiar, incluyendo abuso y negligencia de niños, violencia doméstica, abuso de sustancias en la familia, divorcio y duelo
- ✓ Los familiares pueden participar en el tratamiento dentro de lo que PHC determine es apropiado para la salud y recuperación del niño
- ✓ Incluye los cuidados proporcionados por proveedores calificados (sin licencia) de servicios relacionados con el autismo (QAS), profesionales o paraprofesionales que el Plan puede contratar para proporcionar tratamientos de salud del comportamiento (BHT) para los trastornos generales del desarrollo (PDD) o el autismo.

Beneficio ilimitado, incluyendo el tratamiento de SMI y SED. Las condiciones de SMI incluyen:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizo-afectivo
- Trastorno del pánico
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva)
- Trastorno penetrante del desarrollo o autismo
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno por atracción
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno de excoriación (rascarse la piel)
- Trastorno de acumulación
- Trastornos del espectro autista
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos de conducta
- Trastornos de la alimentación
- Trastornos del control de impulsos
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos parafílicos
- Trastornos de la personalidad
- Disfunciones sexuales
- Trastornos del sueño-vigilia

Transporte médico no urgente

El transporte médico que no es de emergencia sólo está cubierto si usted necesita ser transferido de un hospital a otro hospital o establecimiento, o de un establecimiento a su hogar cuando sea médicamente necesario. Debe ser solicitado por el proveedor del plan y autorizado por el plan en forma previa. También se encuentra cubierto cuando usted necesita viajar fuera del área de servicio de su plan para ver a un especialista cuando:

- ✓ no hay especialistas apropiados para verlo dentro del área de servicio del plan;
- ✓ usted no tiene acceso a otro tipo de transporte a través de amigos o familia y no puede usar el transporte público regular; y
- ✓ usted ha sido autorizado previamente por PHC.

Ortóticos y prótesis

Ningún copago. Ortóticos y prótesis, incluidas prótesis de reemplazo médicamente necesarias según lo recetado por un practicante certificado que actúa dentro del alcance de su certificación. Algunas condiciones que requieren ortóticos y prótesis pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Prótesis iniciales y subsiguientes
- ✓ Accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de una laringectomía
- ✓ Zapatos terapéuticos para diabéticos
- ✓ Prótesis para restaurar y lograr la simetría después de una mastectomía

Exclusiones:

- ✓ Zapatos correctivos y soportes del arco del pie (excepto en el caso de zapatos terapéuticos para diabetes)
- ✓ Dispositivos no rígidos tales como vendas elásticas para la rodilla, corsés, medias elásticas y portaliagas
- ✓ Dispositivos dentales
- ✓ Máquinas que producen voz electrónicamente
- ✓ Más de un dispositivo para la misma parte del cuerpo, a menos que sea médicamente necesario

Terapia física, ocupacional y del habla

\$ 5 de copago por cita cuando se brinde en un consultorio médico u otro ámbito apropiado para pacientes ambulatorios, o en el hogar.

- ✓ Terapia física para tratar desórdenes que resulten de enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico, o asociada a un defecto de nacimiento.
- ✓ La terapia ocupacional está cubierta para tratar condiciones debidas a enfermedad o lesión, o para aprender o volver a aprender actividades relacionadas con la vida diaria.
- ✓ Terapia del habla para tratar desórdenes del habla debidos a enfermedad o lesión, o defecto de nacimiento.

No se requiere copago para terapias llevadas a cabo cuando el paciente está hospitalizado o en una dependencia de cuidados especializados.

PHC puede requerir evaluaciones periódicas mientras se brinde una terapia médicamente necesaria.

La cobertura de Terapia para la Salud del Comportamiento (BHT) que ofrece PHC no impide que un miembro de Healthy Kids sea elegible para otros servicios en el programa de servicios para niños de California (CCS), o para servicios de un Programa de Educación Personalizada (IEP) o programa de la Autoridad educativa local (LEA).

Exclusiones:

- ✓ Servicios elegibles bajo el Programa de servicios para niños de California (CCS) o los programas de la Autoridad educativa local (LEA).

Cuidado del embarazo y la maternidad

Llame al Coordinador del Programa perinatal del PHC al **(800) 809-1350** tan pronto como sepa que está embarazada.

Ningún copago

- ✓ Citas médicas y todos los servicios profesionales médicamente necesarios para el embarazo, cuidados posteriores al parto y complicaciones del embarazo
- ✓ Servicios hospitalarios incluidas citas de seguimiento posteriores al alta médica para la madre y el bebé dentro de las 48 cuando se ha tratado de un alta temprana, según lo ordenado por el médico tratante en consulta con la madre (un alta temprana significa que la estadía fue de menos de 48 horas para un alumbramiento vaginal y menos de 96 horas para una cesárea)
- ✓ Alumbramientos vaginales y cesáreas
- ✓ La cobertura incluye la participación en el programa estatal de análisis prenatal administrado por el Departamento Estatal de Servicios de la Salud conocido como Programa Ampliado de Alfa Feto-proteínas.

Exclusiones:

- ✓ Cirugía realizada para revertir una esterilización
- ✓ Tratamientos y medicamentos de fertilidad, tales como inseminación artificial y fertilización in vitro
- ✓ Diagnóstico de la infertilidad, a menos que se haga junto con servicios de ginecología cubiertos
- ✓ Partos en el hogar

Recetas médicas

\$5 de copago por receta médica

Se dispensan fármacos genéricos a menos de que no haya un equivalente genérico para un fármaco de marca, o a menos que haya una razón médica para que usted deba tomar un fármaco de marca en lugar de un equivalente genérico.

- ✓ Fármacos médicamente necesarios cuando son recetados por un practicante certificado que actúa dentro del alcance de su certificación
- ✓ Medicamentos inyectables, así como agujas y jeringas necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto
- ✓ Insulina, glucagón, jeringas y agujas y sistemas de entrega tipo lapicero para la administración de insulina
- ✓ Tiras para verificar el nivel de glucosa en la sangre, tiras para el análisis de rutina para contenido de quetona, lancetas y dispositivos para puncionar en cantidades médicamente apropiadas para el control y tratamiento de la diabetes dependiente de insulina, no dependiente de insulina y gestacional
- ✓ Vitaminas prenatales y suplementos de fluoruro incluidos con vitaminas o independientes de las mismas que requieren receta médica
- ✓ Productos especiales para la alimentación prescritos por un médico o enfermera practicante para el tratamiento de la fenilquetonuria (sigla en inglés, PKU)
- ✓ Un ciclo o curso de tratamiento de fármacos para dejar de fumar por año de beneficios. Usted debe asistir a clases o programas para dejar de fumar junto con el uso de los fármacos para dejar de fumar

Ningún copago para los siguientes servicios:

- ✓ Fármacos médicamente necesarios administrados mientras el miembro es paciente o residente en un hogar de ancianos, hospital de convalecencia o dependencia similar, cuando son recetados por intermedio de una farmacia designada por el plan
- ✓ Están cubiertos todos los medicamentos anticonceptivos orales o inyectables, así como dispositivos anticonceptivos recetados aprobados por la FDA, incluyendo los anticonceptivos implantados internamente y de liberación prolongada, tales como Norplant.

Exclusiones:

- ✓ Fármacos experimentales o bajo investigación, a menos que estén aceptados para el uso por los estándares de la comunidad médica
- ✓ Fármacos y medicamentos recetados con propósitos cosméticos
- ✓ Medicamentos patentados o vendidos sin receta médica, incluyendo productos anticonceptivos que no requieren receta médica: jaleas, cremas, espumas, condones, etc.
- ✓ Medicamentos que no requieren receta médica (salvo la insulina y los fármacos para dejar de fumar descritos anteriormente)
- ✓ Supresores del apetito, o cualquier otro fármaco o medicamento para dietas (excepto cuando sea médicamente necesario para tratar la obesidad mórbida)
- ✓ Suplementos dietarios (salvo leches en polvo o en lata para lactantes o productos alimentarios especiales para tratar la fenilquetonuria o PKU)

Servicios profesionales

\$5 de copago por visita

Servicios profesionales médicamente necesarios y consultas a un médico u otro profesional de la salud certificado que actúa dentro del alcance de su certificación; y tratamientos de salud del comportamiento para los trastornos generales del desarrollo (PDD) o el autismo ofrecidos a través de servicios U.S. Behavioral Health Plan, California (USBHPC),

brindados por proveedores de servicios calificados para el autismo (en inglés, OAS), profesionales o paraprofesionales que no necesitan encontrarse licenciados o certificados.

- ✓ Citas en consultorio por problemas de salud o lesiones, incluido: pruebas y tratamientos contra la alergia, atención respiratoria para problemas en la respiración, y otras citas con especialistas

Ningún copago.

- ✓ Servicios preventivos incluidos exámenes periódicos de la salud, incluyendo todas las pruebas diagnósticas de rutina y servicios de laboratorio apropiados para tales exámenes, de acuerdo con las más recientes Recomendaciones para el Cuidado preventivo de la salud en niños adoptadas por la Academia Americana de Pediatría. La frecuencia de los exámenes periódicos de la salud no se aumentará por motivos que no estén relacionados con las necesidades médicas del miembro, incluidos el deseo del miembro de someterse a exámenes físicos adicionales, o informes o servicios relacionados con el propósito de obtener o conservar empleo, licencias, seguros o permisos para participar en deportes en la escuela.
- ✓ Pruebas de la vista y el oído
- ✓ Inmunizaciones (vacunas) consistentes con la versión más reciente del Esquema de inmunización recomendado para la infancia/Estados Unidos, adoptado por el Comité Consejero de Prácticas de Inmunización (sigla en inglés: ACIP). Inmunizaciones exigidas para viajar según lo recomendado por ACIP, y otras inmunizaciones apropiadas para cada edad según lo recomendado por ACIP
- ✓ Pruebas de enfermedades transmitidas sexualmente
- ✓ Exámenes citológicos a plazos razonables
- ✓ Servicios eficaces de educación para la salud, incluida educación del comportamiento y cuidado personal de la salud
- ✓ Cirugía, asistencia en cirugía y anestesia (paciente internado o ambulatorio)
- ✓ Terapia de radiación, quimioterapia, tratamiento de diálisis y transfusiones de sangre
- ✓ Pruebas para la detección del cáncer, incluida la detección de cáncer cervical
- ✓ Servicios profesionales para pacientes internados brindados en un hospital certificado, dependencia de cuidados especializados, hospicio o dependencia de salud mental
- ✓ Visitas profesionales al hogar cuando sean médicamente necesarias
- ✓ Cuidado del bienestar del bebé durante los dos (2) primeros años de vida, incluyendo visitas al hospital del recién nacido, exámenes de su salud, prueba de fenilketonuria (PKU) y otras visitas al consultorio
- ✓ Los fármacos y medicamentos que el médico le da durante su visita
- ✓ Terapia nutricional médica para la diabetes brindada por un profesional de la salud apropiadamente certificado o registrado
- ✓ Las cirugías o tratamientos relacionados con el cambio de sexo serán evaluados caso por caso por el Médico Jefe de PHC o el médico designado por éste. Los servicios serán cubiertos si son considerados necesarios por razones médicas.

Exclusiones:

- ✓ Exámenes físicos de rutina solicitados por un lugar de trabajo, escuela, campamento o programa de deportes

- ✓ Servicios, programas o suministros para la pérdida de peso. (Esto no se aplica a los servicios o suministros que sean médicamente necesarios debido a una obesidad mórbida patológica).
- ✓ Anteojos o lentes de contacto (salvo anteojos o lentes para cataratas y lentes de contacto para cataratas)
- ✓ Cuidado de los pies tal como corte de uñas
- ✓ Cirugía cosmética realizada para cambiar o dar nueva forma a partes normales del cuerpo para que tengan una mejor apariencia. (Esto no se aplica a la cirugía reconstructiva que devuelve el uso de una parte del cuerpo o corrige una deformidad causada por una lesión)
- ✓ Cirugía óptica, sólo para corregir la vista (como la miopía)
- ✓ Circuncisión, a menos que sea médicamente necesaria
- ✓ Terapia de integración sensorial (aunque puede obtener cobertura para terapia de integración sensorial mediante el beneficio de salud mental que le proporciona USBHPC. Para más información comuníquese con USBHPC al **(800) 718-8430**)
- ✓ Evaluación y tratamiento de trastornos del aprendizaje (la cobertura para tratamientos de salud del comportamiento que proporciona PHC no afecta que el miembro pueda ser elegible para servicios que se ofrecen por las leyes del Estado, incluida la Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades del Desarrollo, la Ley de California de Servicios de Intervención Temprana, y los servicios que reciben algunos individuos con necesidades excepcionales como parte de un programa de educación personalizada)
- ✓ Bypass gástrico de bucle, gastroplastia, cambio duodenal, bybass bilopancreático y bypass minigástrico salvo cuando sea médicamente necesario y autorizado por PHC

Centros de enfermería especializada

Ningún copago

El tratamiento está limitado a un máximo de cien (100) días por año de beneficios. Servicios médicamente necesarios ordenados por un médico o enfermera practicante contratados y prestados en centros certificados de enfermería especializada.

- ✓ Cuidados de enfermería especializada 24 horas al día
- ✓ Habitación y comida
- ✓ Radiografías y procedimientos de laboratorio
- ✓ Terapia de la respiración
- ✓ Terapia física, ocupacional y del habla
- ✓ Servicios sociales médicos
- ✓ Fármacos y medicamentos recetados
- ✓ Suministros médicos
- ✓ Dispositivos y equipo que generalmente proporciona el centros de enfermería especializada

Exclusiones:

- ✓ Atención de enfermeras especializadas para necesidades que no sean médicas, tales como ayudar con el cuidado personal, es decir, bañarse o comer
- ✓ Atención a largo plazo, más de 100 días por año de beneficios

Trasplantes de órganos

Ningún copago

Muchas condiciones que requieren trasplantes pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Trasplantes de órganos centrales y médula ósea médicamente necesarios y que no son experimentales ni de investigación. Si no cubrimos una determinada terapia porque es experimental o de investigación y usted tiene una enfermedad terminal, puede pedir que una tercera parte independiente revise nuestra decisión de acuerdo con los requisitos de la ley de California.
- ✓ Los gastos médicos y de hospital razonables de un donante o una persona identificada como posible donante, si dichos gastos están directamente relacionados con el trasplante a un miembro
- ✓ Cargos por realizar las pruebas necesarias en los familiares del miembro con el fin de verificar la coincidencia para trasplantes de médula ósea
- ✓ Cargos relacionados con la búsqueda y prueba de donantes de médula ósea no emparentados a través de un Banco de Donantes para Trasplantes reconocido, si los gastos se relacionan directamente con el trasplante que se piensa hacer al miembro.

Cirugía reconstructiva

Ningún copago

Algunas condiciones que requieren cirugía reconstructiva pueden ser condiciones elegibles del Programa de Servicios para los Niños de California (CCS). Los niños que sean elegibles para formar parte de CCS recibirán estos servicios a través del Programa CCS. Consulte la Parte 13 para obtener más información sobre el Programa CCS.

- ✓ Cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría, y cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores o enfermedades, para lograr uno de los siguientes objetivos:
 - Mejorar la función
 - Crear una apariencia normal dentro de lo posible
- ✓ Este beneficio incluye cirugías reconstructivas para restaurar y lograr simetría después de una mastectomía. El médico de cabecera y el cirujano determinarán la duración de la estadía en el hospital en consulta con el paciente y de acuerdo con principios y procesos clínicos sólidos.

RESUMEN DE SERVICIOS CUBIERTOS

No hay deducible asociado a su cobertura.

Copago máximo = \$250.00 por familia, por año de beneficios.

El año de beneficios corre del **1° de enero al 31 de diciembre**.

No hay máximos de beneficios económicos anuales ni vitalicios para ninguno de los beneficios cubiertos por el plan.

DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍA	COPAGO Y LIMITACIONES DEL MIEMBRO
<u>SERVICIOS HOSPITALARIOS</u> Cita de paciente hospitalizado Cita de paciente ambulante Sala de emergencias	Ningún copago Ningún copago \$5 copago hospitalario (se renuncia si usted es hospitalizado)
SERVICIOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS Habitación y comida Visitas médicas Trasplantes de médula ósea Atención de enfermería especializada (hasta 100 días calendario por año) Servicios de cirujano y anestesista	Ningún copago Ningún copago Ningún copago Ningún copago Ningún copago
<u>SERVICIOS PROFESIONALES</u> Servicios médicos Citas en consultorio Pruebas y tratamiento de la alergia Evaluaciones físicas periódicas Atención para el bienestar del bebé y del niño	\$5 por visita \$5 por visita Ningún copago Ningún copago
Servicios de ambulancias (si resultan médicamente necesarios)	Ningún copago
Sangre y productos sanguíneos (incluida extracción y almacenaje de sangre autóloga [propia])	Ningún copago
Servicios de atención urgente	\$5 por visita
Servicios de planificación familiar Servicios médicos, profesionales y de consejería Dispositivos anticonceptivos, incluido Norplant – por prescripción	Ningún copago Ningún copago (no están cubiertos los artículos sin receta médica, como condones, jaleas o espumas)
Servicios de diagnóstico por radiografías y laboratorio	Ningún copago
Equipo médico duradero (incluye ortóticos y prótesis)	Ningún copago
Servicios para el cuidado de la salud en el hogar	Ningún copago
Hospicio	Ningún copago
Vacunación	Ningún copago
Terapia física, ocupacional y del habla (médicamente necesaria)	

DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍA	COPAGO Y LIMITACIONES DEL MIEMBRO
Paciente hospitalizado Paciente ambulatorio	Ningún copago \$5 por visita
Cuidado del embarazo y la maternidad Cuidado prenatal (citas en el consultorio)	Ningún copago
Alumbramiento vaginal, cesárea, complicaciones en el alumbramiento y servicios médicos	Ningún copago
Hospital y otros servicios relacionados	Ningún copago
<u>SERVICIOS ESPECIALES</u> Medicamentos con receta médica	
Paciente ambulatorio	\$5 de copago – suministro por 30 días
Medicamentos de mantenimiento	\$5 de copago – suministro por 30 días
Salud mental	
Paciente hospitalizado	Ningún copago – beneficio ilimitado
Paciente ambulatorio	\$5 por visita – beneficio ilimitado No hay límite de visitas para el tratamiento de condiciones de Enfermedades mentales graves (SMI) o Trastornos emocionales severos (SED)
Abuso de sustancias	
Paciente hospitalizado	Ningún copago
Paciente ambulatorio	\$5 por visita
Acupuntura y Quiropráctica	\$5 por visita Total de 20 visitas por año en cada caso
Tratamiento de Biorretroalimentación (Biofeedback)	\$5 por visita
Dispositivo para el oído Examen audiológico	Ningún copago
Dispositivo(s) para el oído	Uno cada 36 meses

PARTE 8 Servicios de la vista cubiertos, beneficios y copagos

Los beneficios para la vista se prestan por intermedio de Vision Service Plan (VSP). Su elegibilidad para recibir los beneficios para la vista comienza el mismo día que sus beneficios médicos. VSP cuenta con una red de proveedores entre los cuales puede elegir a uno. Los proveedores aparecen listados en la *Guía de Proveedores del Programa Healthy Kids* bajo la sección Vision Service Providers. También puede conseguir una lista de los proveedores de la red llamando al Departamento de Servicio al Cliente de VSP al **(800) 877-7195** de lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 7:00 p.m. Cuando llame, informe al representante de VSP que usted es miembro de Healthy Kids del PHC.

Cómo obtener los servicios para la vista

Cuando necesite beneficios para la vista de parte de un proveedor de VSP, llámelo y hágale saber que es miembro de VSP a través del Programa Healthy Kids de PHC y que está llamando para hacer una cita. El proveedor comprobará con VSP que usted es elegible y obtendrá la autorización de VSP para prestarle los servicios. Si usted se atiende con un proveedor que no pertenece a la red de proveedores de VSP o si obtiene los servicios sin autorización, tendrá que pagar completamente por los servicios que reciba.

Cuando vaya a la cita, asegúrese de llevar consigo la tarjeta de identificación de Healthy Kids del PHC que indica su número de identificación de PHC. Asegúrese además de informar al personal del consultorio que es miembro de VSP por intermedio del Programa Healthy Kids de PHC.

Trámite de autorización de los beneficios

Algunos beneficios del plan requieren autorización previa de VSP para ser cubiertos. Si un proveedor de VSP siente que usted necesita los servicios que requieren la autorización previa, él o ella solicitarán la autorización de VSP. Si VSP niega o modifica un pedido de la autorización, ellos lo notificarán tanto a usted y como al proveedor. La nota incluirá información sobre cómo usted o el proveedor pueden apelar una negación. VSP determina previamente si autoriza o no un beneficio basándose en los criterios desarrollados por consultores optométricos y oftálmicos aprobados por el Comité de Administración del Uso y la Directiva de VSP. Si desea más información acerca de los criterios de VSP para autorizar o negar beneficios del plan, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente de VSP llamando al **(800) 877-7195**.

Sus beneficios para la vista

Exámenes de la vista - \$5 de copago por examen. Tiene derecho a un examen de la vista completo, incluyendo un análisis completo de los ojos y estructuras afines, según sea apropiado para determinar si tiene problemas de la vista u otras anomalías, de la siguiente manera:

- ✓ Historia del caso: un examen del motivo principal de su visita, antecedentes, medicamentos, salud general, síntomas oculares e historia de la familia
- ✓ Evaluaciones de la condición de salud del sistema visual, incluyendo:
 - examen externo e interno, incluyendo oftalmoscopia directa y / o indirecta;
 - evaluación de la integridad neurológica, incluyendo la de los reflejos papilares y los músculos extraoculares;

- biomicroscopía del segmento anterior del ojo, incluyendo la observación de la córnea, el cristalino, iris, conjuntivo, párpados y pestañas;
 - evolución de los campos brutos de visión; y
 - prueba de presión con tonometría.
- ✓ Evaluación del estado refractivo, incluyendo:
 - evaluación de la agudeza visual;
 - evaluación de las funciones subjetiva, refractiva y acomodativa; y
 - prueba objetiva de su receta de anteojos por retinoscopía.
 - ✓ Prueba de la función binocular
 - ✓ Diagnóstico y plan de tratamiento, si fuera necesario
 - ✓ Los exámenes están limitados a uno cada plazo de doce (12) meses, que comienza en la fecha del último examen.

Materiales (lentes y monturas) – \$5 de copago al momento de ordenar los materiales.

Lentes: El proveedor de VSP que usted vea recetará los lentes adecuados para su bienestar visual, por ejemplo, lente simple, bifocal, trifocal o lenticular. El proveedor comprobará la precisión del lente terminado. El beneficio de lentes se limita a una vez cada doce (12) meses desde la última vez que obtuvo lentes.

Monturas: Puede gastar hasta \$75 por las monturas (precio al por menor). Si elige una montura que cuesta más de eso, tendrá que pagar la diferencia. El proveedor de VSP le ayudará a elegir una montura, se cerciorará que le quede bien y lo ajustará si fuera necesario. El beneficio de monturas se limita a una vez cada doce (12) meses desde la última vez que obtuvo la montura para los anteojos.

Lentes de contacto: Puede obtener lentes de contacto en lugar de anteojos cada doce (12) meses, que comienzan a partir de la fecha en que obtuvo los lentes de contacto. El examen, la evaluación de los lentes de contacto, los costos de medición y los materiales necesarios para los lentes de contacto están cubiertos hasta \$110 (precio al por menor) de parte de un médico de VSP.

Cuidado primario de la vista: El Plan de cuidado primario de la vista provee cobertura adicional para el cuidado no quirúrgico de la vista a través de un médico de VSP. Ejemplos de los servicios cubiertos: diagnóstico y pruebas de pérdida de la vista, tratamiento para condiciones como la conjuntivitis y el manejo de glaucoma. El cuidado primario de la vista está disponible según sea necesario. Bajo este seguro, los médicos de VSP proporcionan el manejo de los servicios urgentes y de seguimiento. El cuidado primario de la vista también conlleva el manejo de condiciones que requieren control para evitar la pérdida de la vista en el futuro. Para más información, llame sin cargos al departamento de servicios al cliente de VSP marcando **(800) 877-7195**. El cuidado primario de la vista tiene un copago de \$5 que es adicional al copago regular de \$5 por un examen de la vista.

Exclusiones y limitaciones de los beneficios

Todo costo relacionado con los puntos que se indican a continuación deberá ser pagado por el miembro:

- ✓ Beneficios que no son médicamente necesarios o apropiados
- ✓ Beneficios que se obtienen sin cumplir con los reglamentos
- ✓ Ortóptica o entrenamiento de la vista y pruebas complementarias afines
- ✓ Lentes aniseicónicos
- ✓ Lentes planos
- ✓ Dos pares de anteojos en lugar de bifocales, a menos que sean médicamente necesarios y obtenidos con la autorización previa de VSP
- ✓ Reemplazo o reparación de anteojos o monturas perdidos o rotos, salvo cuando los servicios se encuentran disponibles
- ✓ Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos (consulte la sección de beneficios médicos en la Parte 7 de esta Constancia de la Cobertura)
- ✓ Servicios o materiales para los cuales está cubierto por los Reglamentos de Compensación al Trabajador. Los servicios y materiales estarán cubiertos cuando se necesiten, sin embargo, el miembro o solicitante debe cooperar para asegurarse que se reembolse a PHC por estos servicios.
- ✓ Exámenes de la vista si cualquier tipo de anteojos correctores es una condición para el empleo
- ✓ Servicios o materiales provistos por cualquier otro beneficio colectivo que ofrece atención de la vista. Los servicios y materiales estarán cubiertos cuando se necesiten, sin embargo, el miembro o solicitante debe cooperar para asegurarse que se reembolse a PHC por estos servicios.
- ✓ Costo de servicios o materiales que superan los beneficios permitidos en el plan
- ✓ Servicios y materiales no indicados como cubiertos en los beneficios del plan
- ✓ Lentes de contacto planos para cambiar el color de los ojos cosméticamente
- ✓ Lentes de contacto pintados artísticamente
- ✓ Lustrado o limpieza de los lentes de contacto

No hay beneficios para los servicios profesionales o materiales relacionados con:

- ✓ Anteojos graduados (bifocales en los que no se ve una línea de separación)
- ✓ Anteojos de excesivo tamaño (más grandes que el blanco del lente para acomodar la receta)
- ✓ Lentes multifocales progresivos
- ✓ Lentes recubiertos o laminados
- ✓ Lentes protegidos contra los rayos ultravioleta
- ✓ Otros procesos cosméticos opcionales
- ✓ Lentes fotocromáticos
- ✓ Lentes cosméticos
- ✓ Procedimientos cosméticos opcionales
- ✓ No hay beneficios fuera de la red, salvo para vista pobre y servicios de emergencia

Responsabilidades de pago

Usted paga únicamente el copago (si lo hubiese) al médico de VSP por los servicios cubiertos por el plan y cualquier cantidad que supera las cantidades permitidas por el plan.

VSP paga a sus proveedores en base a sus honorarios por servicio. No se pagan incentivos ni bonificaciones económicas a los proveedores por los servicios cubiertos bajo este plan.

En casos de emergencia, cuando es necesaria la atención inmediata de la vista, puede obtener servicios cubiertos comunicándose con un proveedor VSP o llamando al 911. La atención de emergencia de la vista está sujeta a las mismas frecuencias, límites de dinero, copagos y exclusiones de beneficios que se aplican a la atención de la vista que no es de emergencia.

En caso de que termine la participación de un proveedor en VSP, VSP seguirá siendo responsable ante el proveedor por los servicios que le haya prestado a usted al concluir la participación de dicho proveedor en VSP. En la mayoría de los casos, VSP permitirá que sus proveedores continúen prestándole los beneficios del plan hasta que se hayan terminado los servicios o hasta que VSP haga arreglos razonables y apropiados para que otro proveedor autorizado le preste los servicios. En caso que VSP no pague a uno de sus proveedores, usted no tendrá que pagar al proveedor las sumas que VSP le adeude, salvo los cargos correspondientes a servicios y materiales que usted haya obtenido que no están cubiertos por el plan.

Disposiciones sobre servicios para la vista recibidos fuera de la red

No se cuenta con beneficios para servicios recibidos fuera de la red, salvo para los servicios de emergencia y para vista pobre.

Segunda opinión médica

Los miembros tienen derecho a una segunda opinión. Todas las solicitudes de una segunda opinión deben ser dirigidas a VSP al **(800) 877-7195**.

Apelación de reclamos

Si VSP rechaza ya sea en parte o en su totalidad un reclamo de beneficios presentado por un miembro, VSP informará al miembro por escrito el o los motivos del rechazo. Dentro de los ciento ochenta (180) días después de recibir ese aviso, el miembro puede presentar una solicitud a VSP para que se realice una revisión completa del rechazo. La solicitud por escrito debe incluir el nombre del miembro, su fecha de nacimiento y el número de identificación de PHC. La solicitud también tiene que indicar el motivo por el que el miembro considera que el rechazo de su reclamo fue erróneo. El miembro puede incluir cualquier documento pertinente que considere deba ser examinado.

VSP examinará el reclamo y dará al miembro la oportunidad de examinar documentos pertinentes, presentar cualquier declaración, documento o argumento por escrito que respalde su reclamo y a presentarse personalmente para mostrar documentos o expresar sus argumentos. El miembro recibirá por escrito la determinación que tome VSP después de la revisión, incluyendo los motivos específicos que respaldan la decisión tomada en un plazo de treinta (30) días después de haber recibido la solicitud de revisión.

Si el miembro opta por no utilizar este proceso con VSP o si no está satisfecho con la respuesta de VSP, éste puede presentar una queja ante PHC de acuerdo con las instrucciones incluidas en la Parte 11 de este documento.

Cómo presentar una queja

Los miembros que tienen quejas relacionadas con los servicios de cuidado de la vista deben comunicarse con PHC llamando al **(800) 863-4155**. Consulte la Parte 11 de este documento para obtener información para presentar una queja.

Parte 9 Servicios dentales cubiertos, beneficios y copagos

Cómo obtener beneficios dentales

Delta Dental de California es quien le proveerá con los beneficios dentales. Su elegibilidad para recibir estos beneficios comienza el mismo día que sus beneficios médicos.

Aproveche al máximo sus beneficios dentales al:

- ✓ Hacerse chequeos regularmente;
- ✓ Seguir los consejos de su dentista acerca de cepillarse y limpiarse los dientes con hilo dental regularmente;
- ✓ Utilizar sólo los dentistas de la red; y
- ✓ Obtener tratamiento antes de tener un problema mayor.

Para obtener servicios dentales, llame a uno de los proveedores de Delta Dental que aparecen en la guía de Proveedores de Delta Dental para hacer una cita. Cuando llame, recuerde de informar al consultorio que usted es miembro del Programa Healthy Kids de PHC.

Si tiene alguna pregunta o queja acerca de la elegibilidad, servicios cubiertos, rechazo de un servicio dental o quejas, reglamentos procedimiento y operaciones del programa dental, o la calidad del servicio dental prestado por un dentista de la red, puede comunicarse con el número sin cargo de Servicio al Cliente de Delta Dental llamando al **(877) 580-1042**, de lunes a viernes, de 7:15 a.m. a 5:00 p.m. Para casos de emergencia, están disponibles las 24 horas del día, siete días a la semana. Las personas con deficiencias auditivas y/o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **(800) 735-2929 o marcar el 711**.

Cómo elegir un dentista

La *Guía de Proveedores de Healthy Kids* contiene los nombres de los dentistas de su condado de residencia que pertenecen a Delta Dental. La guía también ofrece información acerca de lo que ofrecen los consultorios, incluyendo el idioma que habla cada uno de ellos. Si tiene necesidades de atención médica especiales, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta llamando al **(877) 580-1042** para pedir ayuda para encontrar al dentista que mejor pueda satisfacer sus necesidades. Tiene que atenderse con un dentista de la red porque Delta Dental sólo cubre los servicios que prestan los dentistas de su red. Si se atiende con un dentista que no pertenece a la red de proveedores de Delta tendrá que pagar por el costo del tratamiento, salvo si se trata de un caso de emergencia.

Cómo hacer citas

Llame al proveedor de atención dental que ha elegido y haga una cita. Dígale que usted está cubierto por Delta Dental bajo el Programa Healthy Kids a través de Partnership HealthPlan de California y pídale que le confirme que es un dentista de la red de Delta Dental.

Durante su primera cita, asegúrese de dar al dentista la información siguiente:

- ✓ Su número de grupo PHC60.
- ✓ El nombre de su programa (Partnership HealthPlan de California - Programa Healthy Kids)

- ✓ El número de su tarjeta de identificación de miembro (lo puede encontrar en la tarjeta de identificación de PHC)
- ✓ Información acerca de cualquier otro seguro dental que tenga

Referencias (derivaciones) a especialistas

Cuando usted necesite servicios dentales que su dentista no puede prestarle, él o ella lo enviarán a un especialista dental que también es un dentista de la red. Su dentista y el especialista trabajarán juntos para satisfacer sus necesidades dentales. No se le enviará a un especialista si su dentista puede realizar los servicios necesarios. Las consultas con un especialista requieren la referencia de su dentista. Su dentista solicitará la referencia a Delta Dental. Todo el tratamiento que realice un especialista requiere la autorización de Delta Dental y si ésta aprueba el tratamiento, enviará una carta de notificación al especialista. Delta Dental informará a su dentista si rechaza algún servicio o reclamo ya sea en su totalidad o en parte, indicando los motivos específicos de tal rechazo. Usted obtendrá también una notificación del Delta si ellos niegan o modifican un pedido de la autorización.

Segunda opinión dental

Usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión. La segunda opinión será dada por un consultor regional de Delta Dental u otro dentista de la red que realiza exámenes clínicos prepara informes objetivos de condiciones dentales y evalúa el tratamiento que se propone o se ha dado. Es posible que se requiera una segunda opinión antes de un tratamiento cuando sea necesario determinar si el tratamiento o servicio será cubierto o no.

Se pueden autorizar segundas opiniones después del tratamiento si usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Se le notificará a usted y al dentista que lo atendió cuando una segunda opinión sea necesaria o apropiada. Si el consultor regional autoriza una segunda opinión, Delta Dental pagará todos los cargos.

Usted puede obtener una segunda opinión sobre su tratamiento de parte de un dentista de la red que usted elija y podrá presentar un reclamo para el pago de los exámenes y consultas. Dichos reclamos se pagarán de acuerdo con los beneficios del programa.

Este es un resumen de los reglamentos de Delta Dental respecto a las segundas opiniones. Puede solicitar una copia de los reglamentos oficiales llamando sin cargo a Servicio al cliente de Delta Dental al (877) 580-1042. Cuando llame tendrá que darles su número de grupo PHC60.

Servicios de atención dental de emergencia y urgentes

Un servicio de atención dental que se necesita de emergencia o urgencia es aquel que se requiere por o bajo circunstancias que razonablemente se consideran necesarias para el tratamiento de dolor fuerte, hinchazón o hemorragia o el diagnóstico y tratamiento inmediato de condiciones dentales imprevistas que, de no ser diagnosticadas y tratadas inmediatamente, podrían causar el grave deterioro de la salud, discapacidad o la muerte.

Cómo obtener servicios de atención dental de emergencia o urgentes

No se requiere la aprobación previa de Delta Dental para los servicios dentales de emergencia o urgencia. Puede comunicarse con su servicio dental de emergencia 24 horas al día, 7 días a la semana. En caso de una emergencia, debe llamar a su dentista regular de la red o a cualquier otro dentista de la red. Si necesita ayuda adicional, llame al número sin

cargos del departamento de Servicio al cliente de Delta Dental al (877) 580-1042 y déles su número de grupo PHC60.

Si se encuentra fuera de su condado de residencia, sigue teniendo cobertura las 24 horas del día. Puede obtener servicios dentales de emergencia de cualquier dentista certificado sin la aprobación previa de Delta Dental. Todos los servicios de emergencia prestados por dentistas de fuera del condado se pagarán a la tasa permitida por Delta Dental para tratamientos de emergencia. El dentista que lo atiende debe llamar al (800) 838-4337 para obtener información sobre pagos y beneficios.

El dentista que lo atiende regularmente será el que le dé las instrucciones sobre la atención de seguimiento después de haber recibido servicios dentales de urgencia o de emergencia. Siga las instrucciones del dentista que lo atiende regularmente sobre el cuidado de seguimiento o llámelo si necesita más información.

Responsabilidades de pago

Delta Dental paga a los dentistas de la red directamente. El contrato de Delta Dental con los dentistas de su red garantiza que usted no será responsable ante el dentista por cualquier dinero correspondiente a los servicios cubiertos que no sea el copago. Los diagnósticos y servicios preventivos no requieren de copago.

Además del copago por determinados servicios, usted debe pagar por cualquier beneficio no cubierto u opcional que opte por recibir.

Servicios no cubiertos u opcionales: Con frecuencia existen varias opciones o diferentes formas de enfocar el problema que el dentista puede elegir para resolver necesidades dentales. Este programa ha sido concebido para cubrir el tratamiento dental utilizando el método más económico posible a la vez que entrega atención dental de calidad a sus miembros. Si usted pide un tratamiento que cuesta más que la opción menos costosa, tendrá que pagar la diferencia entre el costo total y lo permitido por el plan.

Sus beneficios dentales

Delta Dental cubre varias categorías de beneficios cuando un dentista de la red presta los servicios y cuando dichos servicios son necesarios y acostumbrados bajo las normas generalmente aceptadas de la práctica dental.

Diagnóstico y beneficios preventivos

▪ **Diagnóstico**

Costo para el miembro: Ningún copago

Descripción: Examen oral completo y periódico, radiografías, vistas al consultorio para aliviar una emergencia y consulta con un especialista.

Exclusiones: Las radiografías dentales están limitadas de la siguiente manera:

- Las radiografías del ala de la mordida están limitadas a un juego de cuatro películas en cualquier plazo de seis meses seguidos. Sin

embargo, se permite películas aisladas del ala de la mordida o periapicales debido a una emergencia o episódicamente.

- Las radiografías completas de la boca realizadas conjuntamente con un examen periódico se permiten cada veinticuatro (24) meses consecutivos.
- Las radiografías panorámicas están limitadas a una cada veinticuatro (24) meses.

▪ Preventivo

Costo para el miembro: Ningún copago

Descripción: Profilaxis (limpieza), tratamiento de fluoruro, sellantes dentales e instrucciones sobre la higiene dental.

Exclusiones: Los servicios preventivos están limitados de la siguiente manera:

- Los servicios de profilaxis (limpieza) están limitados a dos en un plazo de doce (12) meses.
- Los tratamientos de sellantes dentales están limitados a los primeros y segundos molares solamente.

▪ Mantenedores de espacios

Costo para el miembro: Ningún copago

Descripción: Los beneficios cubiertos incluyen mantenedores de espacios, incluidos los de acrílico y de banda fija removible.

Beneficios de restauración, cirugía bucal, endodoncia y periodoncia

▪ Restauración

Costo para el miembro: Ningún copago

Descripción: Restauraciones (empastes) de amalgama, resinas compuestas, acrílicas, sintéticas o plásticas para tratar las caries. Los pines y aumento de pines junto con la restauración. Las bases sedantes y empastes sedantes también están incluidos como beneficios y se pueden incluir en los honorarios de la restauración final.

Exclusiones: Las restauraciones están limitadas de la siguiente manera:

- Si el diente se puede restaurar adecuadamente con amalgama, resina compuesta, acrílico o materiales de restauración sintéticos o plásticos, cualquier otro tipo de restauración tal como corona se considerará opcional.
- La restauración de los dientes posteriores con resina compuesta o acrílica se considera opcional.
- El reemplazo de una restauración sólo está cubierto cuando es defectuoso, según se comprueba con condiciones tales como

caries o fracturas recurrentes y el reemplazo es médicamente necesario.

▪ **Cirugía bucal**

Costo para el miembro:

Extirpación de un diente impactado:

- Ningún copago si el diente está impactado en tejido blando
- \$5 de copago si el diente está impactado en hueso

Recuperación de la raíz:

- \$5 de copago por raíz

Descripción: Extracciones, extirpación quirúrgica de un diente impactado, biopsia de tejidos bucales y demás procedimientos quirúrgicos tales como: alveolotomías, excisión de quistes y neoplasmas, tratamiento del torus mandibular palatino, frenectomía, incisión y drenaje de abscesos, recuperación de raíces (procedimiento aparte) y servicios postoperatorios incluyendo exámenes, remoción de las suturas y tratamiento de complicaciones.

Exclusiones: La extirpación quirúrgica de un diente impactado está cubierta únicamente cuando existe evidencia de patología.

▪ **Endodoncia**

Costo para el miembro:

\$5 de copago para terapia del conducto radicular (por conducto)

\$5 de copago por apicectomía

Descripción: Recubrimiento pulpar directo, pulpotomía terapéutica y vital, empaste para la formación de un ápice con hidróxido de calcio, amputación de raíces, terapia del conducto radicular, apicectomía y pruebas de vitalidad.

Exclusiones: La terapia del conducto radicular, incluyendo el cultivo del conducto, está limitada de la siguiente manera:
El nuevo tratamiento del conducto radicular es un beneficio cubierto sólo cuando están presentes señales clínicas y radiográficas de la formación de un absceso o el paciente está experimentando síntomas. La extracción o nuevo tratamiento de las puntas de plata, sobre empaste, falta de empaste, empastes incompletos o instrumentos rotos atascados en el conducto, en ausencia de patología, no es beneficio cubierto.

▪ **Tratamiento periodóntico**

Costo para el miembro: \$5 de copago por cuadrante óseo o cirugía mucogingival

Descripción: Tratamiento de emergencia, incluyendo el tratamiento de abscesos periodontal y periodontitis aguda; limpieza dental periodontal y alisado radicular, y curetaje subgingival, gingivectomía y cirugía ósea o mucogingival.

Exclusiones: La limpieza dental periodontal y el alisado radicular, así como el curetaje subgingival están limitados a cuatro tratamientos de cuadrantes en cualquier plazo de 12 meses consecutivos.

Coronas y puentes fijos

▪ Coronas

Costo para el miembro: \$5 de copago por cada corona de porcelana, coronas de porcelana fundida a metal, corona totalmente de metal y corona $\frac{3}{4}$. (Más el costo de los metales preciosos).

Descripción: Coronas, incluyendo aquellas hechas de acrílico con metal, porcelana, porcelana con metal, sólo de metal, incrustación de oro o tres cuartos de corona y acero inoxidable según sea necesario para tratar caries que no se pueden restaurar directamente con empastes de amalgama, resina compuesta, acrílico, sintéticos o plásticos. También se incluyen los pines de espiga y la construcción de pines.

Exclusiones: Las coronas están limitadas de la siguiente manera:

- El reemplazo de cada unidad está limitado a una vez cada 36 meses consecutivos, salvo si la corona ya no es funcional.
- Se cubrirán las coronas sólo si no queda suficiente calidad retentiva en el diente para aceptar un empaste. Por ejemplo, si las paredes bucales o linguales están ya sea fracturadas o cariadas al punto que ya no pueden soportar un empaste.
- Los revestimientos de la corona posteriores al segundo bicúspide se consideran opcionales. Se reconocerá hasta un costo determinado por una corona entera.

▪ Puentes fijos

Costo para el miembro: \$5 de copago por cada pónico

Descripción: Puentes fijos que son fundidos metalocerámicos o plásticos procesados a oro. Los beneficios incluyen:

- La recementación de coronas, puentes, incrustaciones
- Espiga fundida y muñón, incluyendo la retención del fundido debajo de la corona
- Reparación o reemplazo de coronas, piezas de apoyo o pónicos

Exclusiones: Los puentes fijos están limitados de la siguiente manera:

- Los puentes fijos se utilizarán sólo cuando una dentadura parcial no puede restaurar la cavidad satisfactoriamente. Si se utilizan

puentes fijos cuando una dentadura parcial podría restaurar la cavidad satisfactoriamente, se considerará como tratamiento opcional.

- Un puente fijo será beneficio cubierto cuando sea necesario para reemplazar un diente anterior permanente faltante y la salud bucal así como la condición dental general del paciente lo permite.
- Los puentes fijos que se utilicen para reemplazar dientes posteriores son considerados opcionales cuando los dientes de apoyo están dentalmente sólidos y se les coronaría sólo con el propósito de soportar un pónico.
- Los puentes fijos se considerarán opcionales cuando se proporcionen junto con una dentadura parcial en el mismo arco.
- El reemplazo de un puente fijo existente solamente está cubierto cuando no se puede reparar satisfactoriamente.

Se permiten cinco unidades de corona o trabajo de puente por arco. La sexta unidad se considera una reconstrucción total de la boca y es un tratamiento opcional.

Beneficios para prótesis removibles

▪ Dentaduras

Costo para el miembro: \$5 de copago para los servicios siguientes:

- Dentadura maxilar completa
- Dentadura mandibular completa
- Dentadura superior o inferior parcial de acrílico con ganchos
- Dentadura superior o inferior con abarra lingual o palatal de aleación de cobalto y cromo con ganchos y silla de acrílico
- Rehechura del borde de una dentadura, procesado en laboratorio por arco
- Duplicación dental
- Dentadura parcial unilateral removable

Descripción: Los beneficios cubiertos incluyen la construcción o reparación de dentaduras parciales y dentaduras completas cuando se proporcionan para reemplazar dientes naturales faltantes. Los beneficios también incluyen la rehechura y el rebasado en el consultorio o laboratorio, reparación de las dentaduras, ajustes de las dentaduras, acondicionamiento del tejido, placas y duplicación de las dentaduras. Los implantes son considerados un beneficio opcional.

Exclusiones: Las dentaduras (maxilar completo, mandibular completo, superior parcial, inferior parcial), dientes, ganchos, reparación, ajustes y duplicación de las dentaduras, acondicionamiento del tejido (dos por dentadura) y reductores de presión están limitados de la siguiente manera:

- No se reemplazarán las dentaduras parciales en menos de treinta y seis (36) meses, a menos que:
 - Sea necesario debido a la pérdida natural de dientes y no sea posible añadir ni reemplazar los dientes en la dentadura parcial existente, o bien
 - La dentadura no es satisfactoria y no se la puede componer.

- El beneficio dental cubierto para las dentaduras postizas se limitará a los cargos por dentaduras fundidas de cromo o acrílico si ello pudiera restaurar satisfactoriamente el arco dental. Si el paciente y el dentista eligen un dispositivo más elaborado o preciso y éste no es necesario para restaurar el arco dental satisfactoriamente, el paciente o solicitante tendrá que pagar por los cargos adicionales.

- Una dentadura parcial removible es considerada una restauración adecuada de la cavidad cuando faltan dientes en ambos lados del mismo arco dental. Otros tratamientos de tales cavidades son considerados opcionales.

- No se debe reemplazar las dentaduras completas superior y / o inferior en menos de treinta y seis (36) meses a menos que la dentadura existente no sea satisfactoria y no pueda componerse rehaciendo el borde o reparándola.

- El beneficio dental cubierto correspondiente a dentaduras completas se limitará al nivel de beneficios de un procedimiento estándar. Si el paciente y el dentista eligen un tratamiento más personalizado o especializado, el paciente o solicitante tendrá que asumir los gastos adicionales.

- Los rebordes o rehechuras del borde de la dentadura, ya sea en el consultorio o laboratorio, están limitados a uno por arco en cualquier plazo de doce (12) meses consecutivos.

- Las dentaduras parciales removibles se considerarán beneficiosas sólo cuando se utilizan como mantenedoras de espacio anterior para niños y para reemplazar dientes anteriores extirpados en adultos durante el período de cicatrización.

Otros beneficios dentales

Los demás beneficios dentales incluyen: (1) anestesia local, (2) sedantes orales cuando se dispensan en el consultorio dental de un practicante que actúa dentro del alcance de su licencia, (3) monóxido de nitrógeno cuando es dispensado en el consultorio dental de un practicante que actúa dentro del alcance de su licencia y (4) la coordinación de los beneficios con PHC en caso que la hospitalización o cirugía como paciente ambulatorio sea médicamente apropiada para los servicios dentales. No hay copago para estos servicios.

Beneficios de ortodoncia

El tratamiento de ortodoncia no es un beneficio bajo este plan dental. Sin embargo, el programa de Servicios para los Niños de California proveerá tratamiento ortodóntico si el miembro satisface los requisitos de elegibilidad del CCS y los requisitos de necesidad médica de la cobertura ortodóntica.

Otros servicios dentales excluidos

Los siguientes servicios dentales están excluidos:

- Servicios que no son médicamente necesarios para la salud dental del miembro
- Atención dental cosmética opcional (tratamiento dental cuyo objetivo es el de mejorar la apariencia de los dientes)
- Procedimientos experimentales
- Ortodoncia u ortognática convencional o quirúrgica
- Condiciones dentales que surjan o se deban al empleo del miembro por las que recibe pago de compensación al trabajador
- Servicios que el gobierno estatal o sus dependencias, cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión gubernamental presta gratuitamente al miembro
- Cirugía mayor por fracturas y dislocaciones
- Pérdida o robo de dentaduras o puentes
- Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de haber terminado la cobertura
- Cualquier servicio que no específicamente indicado como beneficio cubierto
- Malignidad
- Distribución de fármacos que normalmente no se suministran en un consultorio dental
- El costo de metales preciosos que se utilicen en cualquier forma de servicios dentales cubiertos (incluidos en el copago)
- La inserción o extirpación de implantes
- Servicios que son elegibles para reembolso por un seguro o cubiertos bajo cualquier otro seguro, seguro de servicios de atención médica, plan dental o compensación al trabajador. Delta Dental prestará los servicios cuando sean necesarios y el miembro o solicitante cooperará para garantizar que se obtenga el reembolso de tales servicios.

Quejas sobre los servicios dentales

Si tiene alguna pregunta acerca de los servicios que recibe de un dentista de la red, hable primero con el dentista. Si sus inquietudes persisten o si tiene alguna queja, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al **(877) 580-1042**.

Un representante de Servicio al cliente de Delta Dental intentará resolver el problema inmediatamente, sin embargo, algunas veces se necesita más de un día para investigar y obtener información. Si fuera necesario, el representante se comunicará con usted para pedirle cualquier información que necesite para investigar el problema. En ese caso, su queja se resolverá a más tardar en 30 días a partir de la fecha en que se recibió la queja.

Para presentar una queja, haga una de las cosas siguientes:

- Llame a un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental al **(877) 580-1042** y pida presentar una queja. El representante de Servicio al Cliente le explicará cuál es el trámite. Usted puede presentar una queja con el representante de Servicio al Cliente por teléfono.
- Vaya al consultorio del dentista de la red y solicite un formulario de quejas en persona. Es posible que el personal del consultorio dental pueda ayudarle a llenar el formulario, pero lo alentamos firmemente a que se comunique con un representante de Servicio al Cliente de Delta Dental para cerciorarse de que el formulario sea debidamente llenado y presentado a Delta Dental.

Escriba a Delta Dental o envíe el formulario de quejas por correo. Si presenta una queja ante Delta Dental por escrito, incluya el nombre del grupo (Partnership HealthPlan of California - Healthy Kids) y el número de grupo PHC60, el nombre del miembro, el número de identificación del miembro en PHC y su número de teléfono en todo lo que envíe a Delta Dental. También debe incluir una copia del formulario de tratamiento (que puede obtener de parte del dentista) y cualquier otra información pertinente. La dirección y teléfono de Delta Dental son:

Delta Dental of California - PHC Healthy Kids
P.O. Box 537010
Sacramento, CA 95853-7010
(877) 580-1042

Delta Dental acusará recibo de su formulario de quejas o carta en un plazo de cinco (5) días de calendario a partir de la fecha en que lo recibió. Resolverá su queja en un máximo de treinta (30) días. Usted recibirá una carta de parte de Delta Dental haciéndole saber cómo proponen resolver su queja.

Si su queja se relaciona con un peligro grave e inminente a la salud del miembro, llame al departamento de Servicio al cliente de Delta Dental e informe que desea presentar una queja urgente. Su queja se resolverá o le darán estado pendiente dentro de tres (3) días de calendario de haber recibido su queja.

Si fuera apropiado para su queja, se pueden hacer los arreglos necesarios para que otro dentista de su área lo examine. Si el dentista recomienda que el trabajo se reemplace o corrija, Delta Dental coordinará con el dentista original para que se reemplace o corrija el servicio sin cargos adicionales para usted. En algunos casos, es posible que se le permita recibir los beneficios de otro dentista de la red.

Los miembros que tienen una queja relacionada con servicios recibidos de parte de Delta Dental también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de PHC llamando al **(800) 863-4155**.

Apelaciones

Si tiene una queja que se relaciona con servicios dentales, primero debe comunicarse con Delta Dental llamando al número sin cargo, **(877) 580-1042** y hacer uso de su trámite de quejas. Sin embargo, si tiene una queja urgente, o si después de 30 días de haber presentado su queja necesita ayuda y su queja no ha sido resuelta en forma satisfactoria, tiene la opción de comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada según se describe en la Parte 11 de esta documento. Puede usar también el proceso de quejas de PHC según se describe en la Parte 11.

PARTE 10 Exclusiones y limitaciones de los beneficios

Exclusiones y limitaciones de los beneficios

Los servicios son beneficios cubiertos solamente si se obtienen de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento, incluidos los requisitos de autorización, referencia y coordinación por parte del PCP del miembro.

Nota: Los servicios cubiertos que se detallan en este documento no están excluidos, siempre y cuando sean médicamente necesarios y se obtengan de acuerdo con los procedimientos descritos en este documento. No se cubre ningún servicio que no sea médicamente necesario. El hecho de que un médico u otro proveedor pueda prescribir, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no lo hace automáticamente necesario médicamente, aunque no esté específicamente detallado como una exclusión o limitación. PHC excluye de la cobertura todos los servicios que no sean médicamente necesarios.

Exclusiones y limitaciones específicas

- ✓ Cualquier servicio recibido antes de su fecha efectiva de cobertura o después de que la cobertura haya terminado
- ✓ Los servicios que no están detallados como cubiertos por su plan
- ✓ Todos los servicios, suministros, artículos, procedimientos o equipos que no sean médicamente necesarios según lo que determina su plan
- ✓ Los servicios o medicinas que aún están siendo investigados o que no se ha probado que resulten efectivos. Si no cubrimos una terapia porque es experimental o de investigación y usted tiene una enfermedad terminal, puede solicitar que una tercera parte independiente revise nuestra decisión. Haremos los arreglos necesarios para que una tercera parte independiente e imparcial revise nuestra decisión de acuerdo con los requisitos de la ley de California
- ✓ Cualquier servicio no autorizado por PHC cuando se requiere autorización (ver Autorización previa en la Parte 1 de esta documento)
- ✓ Atención de rutina recibida fuera de los Estados Unidos (salvo si lo autoriza el plan)
- ✓ Atención de rutina recibida fuera de California (salvo si lo autoriza el plan)
- ✓ Tratamiento de una lesión corporal o enfermedad que surja o haya sido adquirida en el curso de cualquier ocupación o empleo desarrollado por una compensación, provecho o ganancia, por el cual dispone de beneficios provistos o pagaderos bajo un plan de beneficios de compensación al trabajador. PHC cubrirá estos servicios en el momento en que sean necesarios, sin embargo, el miembro o su representante deben cooperar para asegurarse de que PHC sea reembolsado por tales servicios
- ✓ Servicios que son elegibles para ser reembolsados por otro seguro o que están cubiertos por cualquier otro seguro o plan de servicios de atención médica. PHC cubrirá estos servicios en el momento en que sean necesarios, sin embargo, el miembro o su representante deben cooperar para asegurarse de que PHC sea reembolsado por tales servicios.
- ✓ Servicios por condiciones elegibles de CCS
- ✓ Transporte en avión, automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público.
- ✓ Los servicios médicos que se reciben en una sala de emergencias o de atención urgente para condiciones que no son de emergencia ni urgentes no están cubiertos en este plan. Usted deberá pagar los cargos relacionados con dichos servicios.
- ✓ Servicios cubiertos a través de Centros Regionales.

PARTE 11 Si está disconforme con un proveedor de PHC

Presentar una queja

Si lo desea, puede presentar una queja ante PHC o un proveedor. PHC tiene un proceso de quejas para tramitarlas. Por ley, PHC está obligado a responder su queja en el plazo de treinta (30) días.

Para iniciar el trámite de una queja, llame o escriba al Coordinador de quejas de PHC al **(800) 863-4155, Partnership HealthPlan of California, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534**. El Coordinador de quejas puede enviarle información sobre cómo iniciar el trámite. El Coordinador de quejas puede también recibir su queja por teléfono y luego enviarle información escrita sobre el proceso de quejas. También puede presentar una queja a través del consultorio de su Proveedor Médico Primario o a través de la sección al Departamento de Servicios para Miembros del sitio Web de PHC en www.partnershiphp.org.

Al recibir su queja le enviaremos una carta dentro de los siguientes cinco (5) días. Esta carta de acuse de recibo le hace saber que estamos ocupándonos de su problema. Después de analizar los hechos, le enviaremos una carta dentro de los siguientes treinta (30) días para avisarle lo que hemos decidido y cómo resolveremos el problema. En algunos casos, podremos tener su queja resuelta el siguiente día laborable.

Si el problema supone una amenaza grave y urgente para su salud, el Coordinador de quejas acusará recibo de su queja dentro de las veinticuatro (24) horas de recibirla. El Coordinador de quejas le informará sobre su derecho de contactar de inmediato al Departamento de Atención Médica Administrada sobre el problema, sin necesidad de seguir el proceso de quejas del plan en primer lugar. Si decide usar el proceso de quejas del PHC obtendrá una decisión, tanto en forma verbal como escrita, dentro de los siguientes tres (3) días. Una amenaza grave y urgente a su salud puede incluir condiciones que involucren una amenaza inminente a su salud, incluido sin limitarse a ello dolor fuerte, la posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal de importancia, o daño grave e inmediato a su salud.

Si no está satisfecho con lo decidido o no obtiene una respuesta dentro de los treinta (30) días a más tardar, puede presentar su queja ante el Departamento de Administración Médica Administrada de California para su revisión.

El Departamento de Administración Médica Administrada de California (sigla en inglés, DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si usted tiene una queja contra PHC o un proveedor de Healthy Kids, usted debe en primer lugar comunicarse con PHC al **(800) 863-4155** y usar el proceso de quejas de PHC antes de contactar al departamento. El uso del proceso de quejas de PHC no prohíbe el uso de cualquier otro derecho o recurso legal potencial que estén disponibles para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta a su satisfacción por PHC, o una queja que haya seguido sin solución por más de 30 días, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada de California para recibir asistencia.

Usted puede también calificar para una Revisión médica independiente (sigla en inglés, IMR). Si usted califica para una IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial

de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean de naturaleza experimental o de investigación y pagos por servicios médicos de emergencia o urgentes que estén en disputa. Vea la siguiente sección para obtener más información sobre el proceso de IMR. El departamento cuenta con un número de teléfono gratuito (1-888-466-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para personas con dificultades del oído y del habla. El sitio Web del Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas e instrucciones en línea.

Revisión médica independiente que involucra a un servicio médico en disputa

Si usted cree que PHC o un proveedor del plan ha negado, retrasado o modificado un cuidado médico, usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente (sigla en inglés, IMR) del servicio médico en disputa por parte del Departamento de Atención Médica Administrada. Un “servicio médico en disputa” es cualquier servicio de salud elegible para cobertura y pago bajo su contrato de suscriptor que nosotros o uno de nuestros proveedores contratados ha negado, modificado o retrasado, en todo o en parte, debido a que el servicio no es médicamente necesario.

Si se le niega un dispositivo médico o una terapia porque el plan ha decidido que es de naturaleza experimental o de investigación, se le notificará notificado al momento de la negación la posibilidad solicitar una IMR. Puede solicitar directamente una IMR al DMHC sin necesidad de realizar primero el proceso de quejas del plan de salud de treinta (30) días.

El proceso de IMR es adicional a cualquier otro procedimiento o recurso que estén disponibles para usted. Usted no debe pagar ningún honorario de solicitud o procesamiento por la IMR. Tiene además el derecho de brindar información de apoyo a la solicitud de la IMR. Le entregaremos un formulario de solicitud de IMR junto con cualquier carta de resolución de quejas que niegue, modifique o retrase algún servicio médico. Usted puede perder su derecho de promover una acción legal contra el plan con respecto al servicio médico en disputa si decide no participar en el proceso de IMR.

Elegibilidad: Su solicitud para la IMR será revisada por el DMHC para confirmar:

- (1) (A) Que su proveedor haya recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario, o (B) Que usted haya recibido servicios de atención urgente o de emergencia que su proveedor determine que han sido médicamente necesarios, o (C) Que usted haya sido visto por un proveedor perteneciente al plan para el diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la que solicita una revisión independiente;
- (2) Que nosotros o uno de nuestros proveedores contratados han negado, modificado o retrasado el servicio médico en disputa, basándose en todo o en parte en la decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario; y
- (3) Que usted nos haya presentado o haya presentado a un proveedor contratado un reclamo, y que la decisión en disputa haya sido confirmada o el reclamo siga sin solución después de treinta (30) días. Si su reclamo requiere una pronta revisión, debe ponerlo a consideración del Departamento de inmediato. El DMHC puede renunciar al requisito de que usted siga el proceso de queja en casos muy graves o urgentes.

Si su caso califica para IMR, la disputa será remitida a un especialista médico que tomará una decisión independiente sobre si la atención médica es o no médicamente necesaria. Recibirá copia de la evaluación que se hizo de su caso. Brindaremos el servicio médico si la IMR decide que el servicio es médicamente necesario.

Revisión médica independiente de reclamos que involucran rechazos basados en servicios de terapias experimentales o de investigación

Usted puede solicitar una revisión médica independiente (sigla en inglés, IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada (sigla en inglés, DMHC) si no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan respecto de terapias experimentales o de investigación, si cubre los siguientes criterios:

- (1) Tener una condición que es una amenaza para la vida o que es seriamente debilitante.
 - (A) “Amenaza para la vida” se define como una o ambas de estas condiciones:
 - (i) Enfermedades o condiciones en las que hay grandes posibilidades de morir a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
 - (ii) Enfermedades o condiciones con desenlaces potencialmente fatales, para las que el principal objetivo de las intervenciones clínicas es la sobrevida.
 - (B) “Seriamente debilitante” se define como enfermedades o condiciones que causan una alta morbilidad irreversible.
- (2) Su médico certifica que usted tiene una condición, según lo que se define arriba, para la que las terapias estándar no han demostrado ser efectivas, para la que las terapias estándar no serían médicamente apropiadas, o para la que no hay una terapia estándar que figure en el plan que sea más beneficiosa que la terapia propuesta.
- (3) (a) Su médico, contratado por el plan, ha recomendado un fármaco, dispositivo, procedimiento u otra terapia que el médico certifique por escrito que sería más beneficiosa para usted que cualquier otra terapia estándar disponible, o (b) usted o su médico que es un médico certificado, certificado por consejo o elegible para consejo y calificado para practicar la medicina en el área de práctica apropiada para tratar su condición, ha solicitado una terapia que, basada en dos documentos de evidencia médica o científica, parece más beneficiosa para usted que cualquier terapia estándar disponible. La certificación del médico debe incluir una declaración de la evidencia en la que se basó el médico para certificar su recomendación. El plan no está obligado a pagar los servicios de un médico no participante que no esté cubierto de otra manera de acuerdo con el contrato del plan.
- (4) A usted se le ha negado cobertura a través del plan para un fármaco, dispositivo, procedimiento u otra terapia recomendada o solicitada como se indica más arriba.

- (5) Ese fármaco, dispositivo, procedimiento u otra terapia en particular serían un servicio cubierto salvo por la determinación del plan de que la terapia es experimental o de investigación.

El plan le notificará por escrito que tiene la oportunidad de solicitar una IMR dentro de los cinco (5) días laborables a partir de la decisión de negar la cobertura. Puede solicitar directamente una IMR al DMHC sin necesidad de realizar primero el proceso de quejas del plan de salud que dura treinta (30) días.

Para casos que no son urgentes, la organización de IMR elegida por el DMHC debe dar su decisión dentro de los treinta (30) días de recibida su solicitud y documentos de soporte. Para casos urgentes que suponen una amenaza inmediata para su vida o su salud, incluyendo sin limitarse a ellos, dolor fuerte, pérdida potencial de la vida, de un miembro o de funciones corporales importantes, la IMR debe decidir dentro de los siguientes tres (3) días laborables.

Cada análisis y recomendación dada por un experto será por escrito y mencionará los motivos por los que la terapia solicitada puede ser o no más beneficiosa para el inscrito que cualquier terapia estándar disponible, y los motivos por los que el experto recomienda que la terapia sea o no provista por el plan, con la mención de su condición médica específica, la documentación relevante que se ha provisto, y toda la evidencia médica y científica que resulte relevante para apoyar la recomendación del experto.

La cobertura de los beneficios será provista en los términos y condiciones que generalmente se aplican a otros beneficios bajo el contrato del plan.

Para obtener más información sobre el proceso de la IMR o para solicitar un formulario de solicitud, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Las personas con deficiencias auditivas y/o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **(800) 735-2929 o marcar el 711**.

PARTE 12 Cambios de beneficios, pérdida de la inscripción, terminación y cancelación del seguro

Cambios en los beneficios y cargos

El programa Healthy Kids se reserva el derecho de cambiar los beneficios y cargos de este programa. Los miembros recibirán por lo menos treinta (30) días de aviso antes de que se efectúe cualquier cambio en los beneficios o cargos.

Terminación de los beneficios - Pérdida de la inscripción

Un miembro (que sea elegible) puede perder su inscripción en el programa si ocurre cualquiera de las instancias siguientes:

- 1) Durante el período de revisión anual de la elegibilidad se descubre que el miembro ya no es elegible.
- 2) Para el Condados Solano y Yolo, el miembro cumple 19 años de edad. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia a las 12:00 a.m. del último día del mes durante el cual el miembro cumple los 19 años.
- 3) Para el Condado de Sonoma, el miembro cumple 6 años de edad. Descontinuación por esta razón se hará efectiva a las 12:00 a.m. el último día del mes en el mes que el miembro cumple 6 años.
- 4) La prima requerida no es pagado por el miembro. El miembro recibirá por correo una notificación inicial por escrito de cuándo debe pagar la siguiente prima trimestral. Si no se recibe el pago, se enviará al miembro por lo menos una (1) advertencia por escrito, recordándole que no ha pagado la prima y advirtiéndole que puede perder su inscripción debido a la falta de pago. La notificación inicial dará un aviso de por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de vigencia de la pérdida de la inscripción si no se paga la prima. Si no se recibe el pago en la fecha debida, el miembro perderá sus derechos como inscrito en el programa. La cobertura del miembro terminará a las 12:00 a.m. del último día del mes para el que se ha pagado la membresía.
- 5) El miembro o su tutor legal solicita que se retire su inscripción. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia a las 12:00 a.m. del último día del mes para el cual se hiciera la solicitud. Se enviará al miembro una confirmación de la pérdida de la inscripción.
- 6) El miembro o su solicitante ha hecho declaraciones falsas intencionalmente para poder establecer su elegibilidad al programa de cualquier persona o ha obtenido o intentado obtener servicios o beneficios utilizando información, actos u omisiones falsas, materialmente engañosas o fraudulentas. Se le dará al miembro un aviso por lo menos quince (15) días antes de terminarse la cobertura.
- 7) El miembro o el solicitante en nombre del miembro, no proporciona la información necesaria para volver a calificar.

- 8) La muerte del miembro. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia al final del mes en que ocurrió la muerte.
- 9) Se termina el Programa Healthy Kids. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia no antes de noventa (90) días después que se envíe por correo el aviso a los miembros que indica que se ha dado fin al programa.
- 10) El miembro o solicitante permite que una persona que no es miembro utilice la tarjeta de identificación del miembro para obtener servicios y beneficios o de otra manera permite que otra persona utilice los servicios y dependencias de PHC en forma fraudulenta o engañosa. Se le dará al miembro un aviso por lo menos quince (15) días antes de terminarse la cobertura.
- 11) El miembro está cubierto por otro seguro médico. Para calificar para el Programa Healthy Kids el miembro no debe tener ningún otro seguro médico. Es responsabilidad del miembro o de su representante legal informar al plan sobre cualquier cambio respecto a su seguro médico. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia al final del mes en que PHC se ha enterado del otro seguro médico. Si el miembro no informa directamente a PHC que ha cambiado en cuanto a su pertenencia a un seguro médico, se le dará un aviso de terminación de la cobertura con por lo menos quince (15) días de anticipación.
- 12) El miembro se muda fuera de los Condados de Solano, Sonoma y Yolo. Ser residente de los Condados de Solano, Sonoma o Yolo es uno de los criterios necesarios para la elegibilidad en el Programa Healthy Kids. Es responsabilidad del miembro o de su tutor legal informar al seguro médico cualquier cambio de domicilio. La pérdida de la inscripción por este motivo entrará en vigencia al final del mes en que se hizo efectivo el cambio de domicilio. Si el miembro no informa directamente a PHC que ha cambiado de domicilio se le dará un aviso de terminación de la cobertura con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Los miembros podrán conseguir un seguro médico de bajo costo a través de un programa similar en su nuevo condado de residencia.

PHC no se responsabiliza de ningún servicio que se brinda en la fecha de pérdida de la inscripción del miembro o a partir de esa fecha. Esto incluye hospitalización o tratamiento de condiciones preexistentes.

Reembolso del pago de primas

En caso de perder la inscripción por los motivos estipulados en las subsecciones (2), (4), (5), (7), (8), (9), (10), (11) y (12) previas, a más tardar en un plazo de treinta (30) días, PHC reembolsará al miembro una parte prorrateada de las primas pagadas a PHC que corresponden a cualquier período no vencido o por el cual PHC ha recibido pago. En caso de pérdida de la inscripción por falta de pago de las primas, el aviso que se envíe al solicitante indicará que si no se recibe el pago dentro de los quince (15) días siguientes al envío del aviso de anulación, el solicitante tendrá que volver a solicitar su aceptación en el seguro. El aviso también indicará que el solicitante no podrá participar en el programa durante tres (3) meses a partir de la pérdida de la inscripción, salvo según se indica a continuación.

Cuando se retira la inscripción de un miembro, se le enviará una notificación escrita por correo regular de los Estados Unidos al domicilio que obre en poder de PHC en ese momento.

Reinscripción

Un miembro que pierde la inscripción por falta de pago de las primas o por solicitud escrita como se indica anteriormente, no podrá participar en el programa por un plazo de tres (3) meses a partir de la fecha de la pérdida de la inscripción. Sin embargo, se podría renunciar al plazo de exclusión de tres meses si el solicitante presenta documentación a PHC explicando que la pérdida de la inscripción se debió a una de las siguientes causas:

- El solicitante, miembro u otro familiar perdió su empleo
- El solicitante, miembro u otro familiar ha sufrido una enfermedad catastrófica que impidió que el solicitante trabajara durante más de dos (2) semanas.

El derecho de una persona a cancelar el seguro

Los miembros de Healthy Kids pueden solicitar la cancelación de su inscripción en cualquier momento enviando un aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación.

Revisión del Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (sigla en inglés, DMHC) está a cargo de reglamentar los seguros de servicios de atención médica, incluyendo las decisiones de inscripción y pérdida de la inscripción en PHC. Un solicitante o miembro que alega que se ha anulado una inscripción o que no se ha renovado debido a la condición de la salud del miembro o requerimientos de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de parte del Departamento. El Departamento de Atención Médica Administrada tiene una línea telefónica sin cargo (**1-888-466-2219**), así como una línea TDD para las personas con dificultades auditivas (**1-877-688-9891**) en las que recibe quejas sobre seguros médicos. El sitio Web del Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) tiene formularios de quejas e instrucciones en línea.

PARTE 13 Otras cosas que usted necesitaría saber

Acceso oportuno a los servicios de atención médica que no son de emergencia

Algunas veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Un profesional de la atención médica estará disponible para ayudarle por vía telefónica las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esto es conocido como “triage” (clasificación). Las siguientes son algunas formas en las que los representantes de triage (clasificación) pueden ayudarle.

- Pueden responder a sus preguntas sobre alguna preocupación de salud y darle instrucciones sobre la atención que usted mismo puede darse en casa, si esto fuera adecuado.
- Pueden decirle si debe recibir atención médica, además de decirle cómo y dónde solicitarla (por ejemplo, si no está seguro de que su condición sea una condición médica de emergencia, pueden ayudarle a decidir si necesita atención de emergencia o de urgencia, además de cómo y dónde conseguirla).
- Pueden decirle qué hacer si necesita atención y el consultorio de su proveedor está cerrado.

El PHC se asegurará de que usted hable por teléfono con un proveedor de atención médica dentro de un período de tiempo adecuado para su condición médica. El tiempo de espera para que un médico o enfermera le devuelva la llamada no será mayor de 30 minutos. En algunos casos, el tiempo de espera puede ser mayor si el médico o enfermera determina que esto no tendrá efecto negativo sobre su salud.

El PHC se asegurará de que todos los proveedores de atención médica contratados tengan también un servicio de respuesta de llamadas o un contestador, que estén disponibles durante las horas inhábiles y que puedan proporcionar información sobre cómo buscar los servicios de urgencia o de emergencia.

Para utilizar los servicios de triage (clasificación) o de selección, comuníquese con su PCP al número impreso en su tarjeta de identificación de miembro de PHC, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Después de las horas hábiles, los fines de semana y los días festivos, los miembros pueden llamar a nuestra Línea de enfermera asesora. Para comunicarse con nuestra Línea de enfermera asesora, vea la Tarjeta Advice Nurse (tarjeta del programa de enfermera asesora) que se incluye en este documento o llámenos al número que se indica a continuación.

Si tiene alguna pregunta llame al Departamento de Servicios al Miembro de PHC al **(800) 863-4155**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Los usuarios de TTY pueden llamar al **(800) 735-2929** (Servicio de Retransmisión de California) o marcar el **7-1-1**.

Notificaciones sobre cambios en el seguro

Se le notificará cualquier cambio hecho por su plan por lo menos 30 días antes de que ocurran. Si por algún motivo necesitamos hacerle saber un cambio en el estado de su PCP, se lo notificaremos dentro de los 15 días de producido el cambio o tan pronto como sea posible después de conocer el cambio. Nos contactaremos a la dirección postal que tenemos en nuestros archivos. **Si su dirección ha cambiado, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 863-4155.**

Contratistas independientes

Los proveedores de este plan no son agentes ni empleados del plan sino contratistas independientes. Con regularidad, PHC examina a los médicos que prestan servicios a nuestros miembros. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia PHC será responsable por la negligencia, actos ilícitos u omisiones de parte de cualquier persona que preste servicio al miembro o sus dependientes, incluidos los médicos, hospitales u otros proveedores o sus empleados.

Cómo se paga a los proveedores

PHC tiene contratos con médicos y otros proveedores de atención médica para que presten servicios a los miembros. Los proveedores reciben honorarios por el servicio. Esto significa que los médicos prestan servicios de atención médica a sus pacientes y luego envían un cobro a PHC por cada uno de los servicios que prestan. PHC y estos proveedores de atención médica se ponen de acuerdo en cuánto se pagará por cada servicio.

Los hospitales y demás dependencias de salud reciben en pago una cantidad de dinero fija por los servicios que prestan y es una cantidad que el hospital o dependencia y PHC establecen y acuerdan con anterioridad.

Si desea más información sobre cómo se paga a los proveedores, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros.

Continuación de la atención

Si termina el contrato entre PHC y un proveedor, usted recibirá una notificación por correo al menos 60 días antes de la fecha de terminación o tan pronto como sea posible después de que PHC haya sido notificado. Usted puede seguir recibiendo servicios de un proveedor aún si su contrato ha terminado, si ese proveedor le ha brindado atención por una de las condiciones que se detallan más abajo antes de terminar el contrato entre el proveedor y el plan.

Si usted es un miembro nuevo del PHC y ha estado viendo a un proveedor que no tiene contrato con PHC por alguna de las condiciones que se detallan más abajo antes de convertirse en miembro, puede seguir viendo al mismo proveedor.

Si termina el contrato entre PHC y un hospital, y usted vive a menos de 15 millas del hospital, le avisaremos por correo electrónico al menos 60 días antes de la fecha de terminación o tan pronto como sea posible después de que PHC haya sido notificado. Usted puede seguir recibiendo servicios de un hospital aún si su contrato ha terminado, si usted se encuentra en el hospital cuando termina o después de terminar el contrato entre el plan y el hospital y está recibiendo servicios por una de las condiciones que se detallan más abajo.

Si usted es un miembro nuevo del PHC y al momento de convertirse en miembro se encuentra en un hospital o tiene programado ir a un hospital que no tiene contrato con PHC, puede seguir concurriendo a ese hospital si está recibiendo servicios por alguna de las condiciones que se detallan más abajo.

Las condiciones que califican para la continuación de la atención son:

- una condición aguda
- una condición crónica grave

- embarazo
- una enfermedad terminal
- una cirugía o procedimiento pendiente que se haya programado realizar dentro de los 180 días de su fecha efectiva de cobertura en el plan de PHC o a partir de la fecha en que el proveedor termina su contrato con el panel del plan
- un niño de 0 a 36 meses que desea mantener su proveedor anterior por hasta 12 meses adicionales, se encuentre o no en curso algún tratamiento activo

Para que usted siga recibiendo atención del proveedor u hospital, el proveedor u hospital deben aceptar voluntariamente los términos, condiciones y tasas de pago establecidos por el PHC y adoptados por otros proveedores y hospitales del panel del PHC.

Si desea solicitar continuación de la atención o le gustaría obtener una copia de la política de continuación de la atención del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Servicios culturales y lingüísticos

Queremos estar seguros de que comprendemos sus valores culturales y cubrimos sus necesidades lingüísticas (el idioma que usted habla). Esto significa que su proveedor de atención médica respeta su cultura y que usted y su médico podrán entenderse. Si piensa que los servicios o proveedores del PHC no están cubriendo sus necesidades culturales o lingüísticas, llame a uno de nuestros representantes al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Tiene el derecho de presentar un reclamo ante su plan si cree que sus necesidades culturales o lingüísticas no se cubren. Si su médico no habla su idioma, tiene el derecho de solicitar un intérprete sin costo adicional.

Pago de terceras partes

Trámite de recuperación de terceros y responsabilidades del miembro

Si alguna vez usted resulta lesionado a raíz de las acciones de un tercero (una “tercera parte”) y recibe compensación para su atención médica, deberá pagarle al PHC lo gastado por los beneficios brindados. No deberá pagarle al PHC más de lo que obtuvo de la tercera parte.

- ✓ Deberá obtener el consentimiento escrito del PHC antes de dejar sin efecto un reclamo o liberar a una tercera parte de responsabilidad, si tal acto puede limitar el derecho del PHC de cobrar un reembolso.
- ✓ Si usted deja sin efecto un reclamo contra la tercera parte y compromete los derechos a reembolso del PHC, nos reservamos el derecho de iniciar acciones legales contra usted. Los honorarios legales (costas) estarán a cargo de la parte que se imponga.
- ✓ Se le solicita cooperar para proteger los intereses del PHC. Para eso deberá proveernos todos los documentos del caso, incluidos embargos y cesiones.

Coordinación de los beneficios

Si usted y su familia tienen cobertura de otro seguro de salud **además** del PHC, coordinaremos los beneficios con los del otro plan, siempre y cuando su PCP del PHC haya autorizado los servicios que recibe. **Tenga en cuenta que incluso si el otro seguro médico es su cobertura principal, los beneficios sólo se cubrirán bajo PHC si son brindados por proveedores de PHC/Healthy Kids y autorizados de acuerdo con las normas del PHC.**

- PHC coordina los beneficios en base a las siguientes reglas:
 1. Si el paciente es un suscriptor, entonces la cobertura que el paciente obtiene a través de su empleo es la cobertura primaria.
 2. Si el paciente es familiar dependiente y tiene otra cobertura grupal a través de su empleo, entonces la cobertura que se obtiene a través del empleo del familiar dependiente es la cobertura primaria.
 3. Si el paciente es un familiar menor dependiente que vive con ambos padres, la empresa que asegura al padre que cumple años en primer lugar en el año calendario es la que brinda la cobertura primaria.
- Para asegurar una coordinación adecuada, debe comunicarnos si hay otra cobertura de salud por la que usted o sus familiares dependientes pueden ser elegibles.
- Si el PHC paga beneficios en exceso, podemos recobrar estos pagos de más, pidiéndoselos a usted, al plan con responsabilidad primaria o a cualquier otra persona o entidad que se haya beneficiado con el sobrepago.

Lo siguiente representa un resumen de la Coordinación de Beneficios siguiendo las reglas de PHC para Healthy Kids. Para información completa por favor vea la Coordinación de Beneficios (COB) de Knox Keene Sección 1300.67.13.b Provisión COB Estándar o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de PHC para obtener una copia de la provisión al **(800) 863-4155**.

Compensación al trabajador

Una lesión sujeta a Compensación al trabajador se define como una lesión que es consecuencia de un empleo o se produce en el curso de cualquier empleo que se realiza por compensación, provecho o ganancia, o cualquier enfermedad cubierta, con respecto a tal empleo, por cualquier ley de compensación al trabajador, ley de enfermedades ocupacionales o legislación similar. PHC no excluye ningún tratamiento para condiciones que son cubiertas bajo Compensación al trabajador, sin embargo, si PHC paga por tales servicios tendrá derecho a aplicar una retención sobre tales otros beneficios hasta llegar al monto final de los beneficios que haya provisto el plan para el tratamiento de la lesión o enfermedad.

Si usted está recibiendo beneficios como resultados de la Compensación al trabajador, no duplicaremos tales beneficios.

- ✓ Es su responsabilidad tomar toda acción que resulte necesaria para recibir el pago bajo las leyes de Compensación al trabajador en los casos en que tal pago puede esperarse razonablemente.
- ✓ Si por cualquier motivo el plan duplica los beneficios a los que usted tiene derecho bajo la ley de Compensación al trabajador, estará obligado a reembolsar al PHC todos los pagos realizados hasta los pagos máximos de beneficio del plan sin excederlos, inmediatamente después de recibir una indemnización monetaria, sea por acuerdo entre partes o a través de juicio.

- ✓ En el caso de que surja una disputa entre usted y las leyes de Compensación al trabajador, PHC brindará los servicios descritos en este acuerdo hasta que se solucione la disputa, sólo si el derecho a retención obtenido es otorgado al PHC.
- ✓ Si tras llegar a un acuerdo usted recibe un pago por Compensación al trabajador que incluye el pago de futuros costos médicos, usted será el responsable de reembolsar al PHC por tales costos.

Confidencialidad de la información de los miembros

PHC protege la confidencialidad de su información. No divulgamos su información por ningún motivo que no sea el de llevar a cabo los términos del contrato grupal entre PHC y los proveedores de fondos de las primas, de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y estatales. Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que PHC ha violado su privacidad. Para más información acerca de las prácticas sobre la privacidad de PHC, vea la Parte 16 de esta Constancia de la Cobertura o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**.

Política pública

PHC tiene un Comité de Guía a los Consumidores (sigla en inglés, CAC). El CAC aconseja al HealthPlan respecto de políticas, información de los miembros y otros temas. Los miembros pueden participar en el CAC de dos maneras:

Asistir a las reuniones: Todos los miembros del PHC y miembros del público son bienvenidos a asistir a las reuniones. Los miembros pueden platicar sobre sus experiencias al recibir servicios médicos a través del PHC: Pueden brindar información al CAC y hacer sugerencias para mejorar los servicios.

Ser miembro del CAC: Muchas personas son miembros votantes con un puesto en el comité. Se trata de miembros de PHC que vive en diferentes partes de las áreas de servicio. Para saber si hay puestos disponibles para representar a su ciudad o vecindario, llame a nuestros al Departamento de Servicios para Miembros al **(800) 863-4155**. Pida hablar con la persona a cargo del CAC.

Servicios para niños de California (CCS)

Como parte de los servicios que se prestan por intermedio del Programa Healthy Kids, los suscriptores menores de 21 años que necesitan atención médica especializada podrían ser elegibles para recibir dichos servicios por medio del programa de Servicios para Niños de California (sigla en inglés, CCS).

CCS es un programa médico de California que trata a niños menores de 21 años **con determinadas condiciones físicas que los incapacitan y que necesitan atención médica especializada**. El objetivo de los servicios de CCS es ayudar a que cada individuo alcance su máximo desarrollo físico, mental, social y educativo.

CCS se encuentra disponible para todos los niños de California menores de 21 años cuyas familias satisfacen determinados requisitos médicos, económicos y domiciliarios de elegibilidad. Le pediremos que llene una breve solicitud si su hijo es referido al programa CCS. La solicitud servirá para verificar su domicilio y permitir la coordinación de la atención una vez hecha la referencia.

Su médico los referirá al programa CCS si considera que usted o su hijo son buenos candidatos para estos servicios. Si CCS determina que usted o su hijo son elegibles, se hará la referencia y usted o su hijo **deberán recibir** tratamiento para la condición elegible bajo CCS **a través del panel especializado de proveedores de CCS o centros especializados aprobados de CCS**. Estos proveedores y centros especializados de CCS están altamente entrenados para tratar condiciones elegibles bajo CCS. Si se determina que un niño no es elegible para recibir los servicios del programa CCS, continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios del PHC.

PHC continuará brindando todos los servicios que tienen cobertura que no se relacionan con la condición elegible bajo CCS, según se describe en este documento. La oficina de CCS del condado coordina los servicios que son pagados por el programa CCS: CCS debe autorizar los servicios relacionados con una condición bajo el programa CCS por adelantado. PHC trabajará juntamente con el programa CCS para coordinar la atención brindada por ambos programas. En el caso de que el programa CCS no pueda brindar los servicios elegibles a un paciente inscripto a través de su panel de proveedores, y se trate de servicios de atención médica básica, PHC se hará cargo de brindar esos servicios.

Si se determina que un niño es elegible para recibir los servicios del Programa CCS, pero el niño o su familia no logran cumplimentar todos los requisitos de solicitud del programa o no logran cumplir con las pautas del Programa CCS sobre cómo recibir los servicios de CCS para los que el niño resulta elegible, el niño o su familia serán responsables de pagar esos servicios.

Para obtener más información sobre el programa CCS o el número de teléfono de su oficina local de CCS hable con su médico o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Donación de órganos

Usted puede ayudar a salvar vidas y dar a otras personas la posibilidad de vivir una vida normal donando sus órganos. Si tienes entre 15 y 18 años, puedes convertirte en donante igual que un adulto, mediante un consentimiento por escrito de tus padres o tu guardián legal.

Usted puede cambiar de idea sobre convertirse o no en un donante de órganos en cualquier momento.

Hable con su médico si tiene preguntas o si desea obtener más información sobre como convertirse en donante de órganos.

PARTE 14 Definiciones

Estos son algunos de los términos usados en el folleto:

Año de beneficios significa el período de doce (12) meses que comienza el 1° de enero de cada año.

Atención de emergencia es la atención de una condición médica (incluido el dolor fuerte) que se manifiesta con síntomas agudos, de gravedad suficiente como para que si no se obtiene atención médica inmediata, se pueda razonablemente esperar que su salud se encuentre en grave peligro, que usted tenga graves problemas con sus funciones corporales o que se produzca un daño grave a alguna parte y órgano de su cuerpo.

Atención de urgencia es la atención que debe brindarse de inmediato pero que no requiere atención de emergencia. Debe recibir estos servicios de su Proveedor Médico Primario a menos que usted se encuentre fuera del área de servicio del plan.

Autorización previa es cuando tanto PHC como su proveedor de atención médica acuerdan que se necesita el servicio o atención que se le va a brindar, antes de que usted reciba ese servicio o atención.

Beneficios son los servicios médicos y medicamentos cubiertos por este plan.

Centro de enfermería especializada es un lugar que le brinda a usted servicios de enfermería las 24 horas, que sólo un profesional de la salud entrenado puede brindar.

La Cirugía estética significa cirugía que se realiza para alterar or remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia.

Cirugía Reconstructiva significa cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para hacer cualquiera de los siguientes: (A) Para mejorar la función; (B) Para crear una apariencia normal, en la medida posible.

Copago es el cargo de \$5 que usted debe pagar a un proveedor o farmacia cuando recibe ciertos servicios.

Enmienda significa una descripción por escrito de cualquier cambio que se produzca en el Programa Healthy Kids, y que PHC enviará a los miembros cuando tales cambios impacten en la Constancia de la Cobertura. Los miembros deberán entonces leer estos cambios y agregarlos a su Constancia de la Cobertura.

Equipo médico duradero es el equipo diseñado para un uso a repetición, que es médicamente necesario para tratar una enfermedad o lesión, para mejorar la funcionalidad de una parte del cuerpo con malformación o para prevenir un mayor deterioro de la condición médica de un paciente. Incluye las muletas, las sillas de ruedas y otros dispositivos.

Equipo de lujo es equipo que no es rentable, y va mas allá de lo necesario para satisfacer las necesidades medicas para el miembro.

Fecha de aniversario significa la fecha de cada año que es el mismo día que el día y mes en que comenzó la cobertura de un miembro de Healthy Kids.

Formulario es la lista de fármacos aprobados por PHC que su doctor puede recetarle.

Hospital es el lugar donde se recibe atención como paciente internado o ambulatorio por parte de médicos y enfermeras

Medicamento necesario significa servicios razonables y necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas o aliviar el dolor fuerte a través del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Médicos especialistas son médicos que tratan solamente ciertas enfermedades o ciertas partes del cuerpo.

Miembro es el individuo que está inscripto y cubierto y es elegible, según se describe en este folleto.

Oficina de cuidados de la salud o Asociación de enfermeras visitantes le brindan atención de enfermería especializada y otros servicios en su casa.

Paciente ambulatorio es cuando no tiene que permanecer durante la noche en el hospital u otras instalaciones para obtener la atención médica que usted necesita.

Paciente internado es cuando tiene que permanecer durante la noche en el hospital u otras instalaciones para obtener la atención médica que usted necesita.

Pago de primas significa la contribución trimestral que hacen los solicitantes por cada inscripto en Healthy Kids.

Pérdida de la inscripción significa que debe dejar de usar el plan de salud porque usted ya no califica o abandonó este plan.

Programa Healthy Kids significa el programa de seguro médico creado por la Iniciativa Healthy Kids para niños hasta los 18 años de edad que residen en el condado de Solano o Yolo y niños hasta la edad de 5 años en el Condado de Sonoma con ingresos de hasta el 300% del nivel de pobreza federal que y que no califiquen para programas sin costo de alcance total como Medi-Cal u otros seguros médicos privados.

Proveedor de atención médica puede significar muchos tipos de médicos y especialistas que están cubiertos por el plan, incluyendo proveedores sin licencia de servicio calificado para el autismo (en inglés, QAS), profesionales o paraprofesionales que pueden tener contrato con el Plan para proporcionar tratamientos de salud del comportamiento (BHT) para trastornos generalizados del desarrollo (PDD) o autismo.

Los proveedores de atención médica son, entre otros:

- ✓ **Audiólogo:** prueba su audición.
- ✓ **Auxiliar médico (MA):** una enfermera no certificada que ayuda al médico para brindarle a usted servicios médicos. Puede llamarse también **Auxiliar médico diplomado (CMA).**
- ✓ **Enfermera diplomada (RN):** está certificada antes el estado para poder realizar determinadas tareas complejas junto a su medico.
- ✓ **Enfermera obstétrica diplomada (CNM):** una enfermera que puede ocuparse de usted durante el embarazo y alumbramiento.
- ✓ **Enfermera practicante (NP) o Auxiliar médico del programa Medex (PA):** un proveedor médico con más entrenamiento que una enfermera pero menos que un médico. Están certificados para brindarle atención, averiguar lo que no anda bien y brindarle tratamiento bajo la supervisión de un médico.
- ✓ **Médico de cabecera (GP):** un médico que trata condiciones médicas generales.
- ✓ **Médico de familia (FP):** un médico que se ocupa de condiciones médicas generales de pacientes de todas las edades.
- ✓ **Obstetra-Ginecólogo (OB/GYN):** un médico que se ocupa de la salud de las mujeres incluidos la atención prenatal y el alumbramiento de los bebés.
- ✓ **Patólogo del habla:** lo ayuda a usted con su habla.
- ✓ **Pediatra:** un médico que solo trata a los niños, del nacimiento a la adolescencia.
- ✓ **Podólogo (DPM, DSP, DSC):** un médico que se ocupa de los pies.
- ✓ **Psicólogo:** un médico que trata problemas mentales.
- ✓ **Terapeuta físico (PT o RPT):** los ayuda a recuperar su fortaleza física después de una enfermedad o lesión y les proporciona tratamiento de salud del comportamiento. Para tratar la salud del comportamiento se ofrecen servicios profesionales y programas de tratamiento, que incluyen análisis del comportamiento aplicado y programas de intervención en el comportamiento basado en evidencias, para desarrollar y restaurar, hasta el máximo posible, las funciones de un individuo que tiene trastornos generalizados del desarrollo (PDD) o autismo. Para más información llame a USBHPC al **(800) 718-8430.**
- ✓ **Terapeuta ocupacional (OT):** le ayuda a recuperar habilidades y actividades de la vida diaria después de una enfermedad o lesión y le proporciona tratamiento de salud del comportamiento. Para tratar la salud del comportamiento se ofrecen servicios profesionales y programas de tratamiento, que incluyen análisis del comportamiento aplicado y programas de intervención en el comportamiento basado en evidencias,

para desarrollar y restaurar, hasta el máximo posible, las funciones de un individuo que tiene trastornos generalizados del desarrollo (PDD) o autismo. Para más información llame a USBHPC al **(800) 718-8430**.

✓ **Terapeuta de la respiración (RT):** lo ayuda a usted con su respiración.

Proveedor médico primario (PCP) es el médico que usted ha elegido para que le brinde la mayor parte de su atención médica. Lo ayudará a obtener la atención que usted necesita.

Servicios para niños de California (CCS) es un programa que brinda acceso a servicios médicos especiales para niños con ciertas condiciones médicas que causan impedimentos físicos o mentales.

Solicitante significa una persona que solicitó la cobertura de Healthy Kids para un niño o niña que tiene bajo su responsabilidad.

Trastornos generalizados del desarrollo (sigla en inglés, PDD)/Autismo incluyen los cinco trastornos diferentes (síndrome de Asperger, autismo, trastorno desintegrativo de la infancia (CDD), trastorno generalizado del desarrollo no identificado de otro modo (PDDNOS) y síndrome de Rett) que se caracterizan por retrasos en el desarrollo de distintas funciones básicas, con sus tres problemas principales en las destrezas de la comunicación, del movimiento y de las relaciones sociales. Este importante trastorno mental es grave y perdura por mucho tiempo. Puede dificultar mucho las actividades de la vida diaria, y puede impedir mantener un ajuste estable y un desempeño independiente a menos que se reciba tratamiento, ayuda y rehabilitación por un período de tiempo largo o indefinido.

PARTE 15 Cosas importantes para recordar

- ✓ Su primer contacto médico es su **Proveedor Médico Primario (sigla en inglés, PCP)**. Es su médico personal y tiene a su cargo asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- ✓ Asegúrese de **hacer una cita** para su examen inicial de salud dentro de los 120 días (4 meses) a partir del día en que se inscribió en el PHC. Así su PCP conocerá sus necesidades de atención médica y podrá ayudarlo a mantenerse saludable.
- ✓ Si no puede concurrir a una cita con su médico, llame para cancelarla, así el médico podrá atender a otros pacientes.
- ✓ **Tenga consigo la tarjeta de identificación del PHC todo el tiempo.** Muéstrela cada vez que recibe servicios médicos.
- ✓ Tenga a mano el número de identificación del PHC que aparece en su tarjeta de identificación cuando llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Puede comunicarse con nosotros al **(800) 863-4155**. Las personas con deficiencias auditivas y/o del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **(800) 735-2929 o marcar el 711**. Nuestras horas son lunes-viernes, 8am-5pm.

Usted es importante para nosotros.

Queremos asegurarnos de que reciba los servicios médicos que necesita.

¡Gracias por inscribirse en el PHC!

PARTE 16 Aviso sobre las prácticas de privacidad

Partnership HealthPlan de California

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN.

¿Por qué me mandan este aviso?

Partnership Health Plan of California está obligado por ley a proporcionarle aviso adecuado de todos los usos y divulgaciones de su información personal de salud protegida que podemos hacer, y de sus derechos y nuestras obligaciones legales. Además, debe notificarle cualquier divulgación no autorizada de su información de salud no protegida que afecte a su información de salud protegida (PHI).

Nosotros nos comprometemos a seguir las cláusulas de este Aviso de Prácticas de Privacidad. También tenemos derecho a cambiar las cláusulas de este aviso, si fuera necesario, y considerar el nuevo aviso como el aviso oficial sobre la información médica que mantenemos activa, y que archivamos. Si es necesario hacer cambios a este aviso, le proporcionaremos una copia de los cambios propuestos, enviándosela por correo a la dirección que tenemos en nuestros archivos. Si recibió este aviso de forma electrónica, usted tiene el derecho de solicitarnos en cualquier momento que le proporcionemos una copia en papel.

¿Cómo usa y divulga mi información médica el plan de salud de Partnership HealthPlan de California (PHC)?

El plan de salud PHC archiva sus expedientes, los cuales incluyen su historial de reclamos, información sobre su inscripción como miembro del plan de salud, los registros de administración de sus casos médicos, y autorizaciones de tratamientos que usted ha recibido previamente. Usamos esta información, y la divulgamos a otras entidades, si es necesario, para los siguientes fines:

- **Tratamiento.** El plan de salud PHC utiliza su información médica para coordinar la atención médica que necesita, y la divulgamos a hospitales, clínicas, doctores, y otros proveedores médicos para que puedan ofrecerle cuidado médico. Por ejemplo, el plan de salud PHC archiva su información médica en forma electrónica, y permite acceso electrónico a las farmacias para que puedan surtirle las recetas adecuadas.
- **Pagos.** El plan PHC usa y divulga su información médica para facilitar el pago de los servicios médicos que usted recibe, incluso para determinar si usted califica para recibir ciertos beneficios, y si su proveedor califica para el pago. Por ejemplo, nosotros les informamos a sus proveedores médicos que usted es miembro de nuestro plan de salud, y les notificamos de los beneficios para los que usted califica.
- **Administración de cuidado médico.** El plan de salud PHC utiliza y divulga su información médica personal, según sea necesario, para administrar eficazmente nuestro plan de salud. Por ejemplo, usamos la información de reclamos de nuestros miembros para realizar evaluaciones y mejoramiento de calidad, actividades de

seguridad para el paciente, actividades administrativas en general, y revisión de competencia y calificaciones de los profesionales de atención de la salud.

También divulgamos esta información médica a nuestros proveedores de servicios que nos asisten con estas funciones, pero antes de compartir esta información con ellos para realizar pagos, o para fines operacionales, obtenemos garantías de que utilizarán salvaguardas adecuadas para evitar el uso o divulgación de la información de manera diferente que como se detalla en nuestro contrato. Por ejemplo, las compañías que proveen servicios o mantienen nuestras computadoras, pueden tener acceso a su información médica personal que administramos por medios electrónicos, en el curso de la prestación de sus servicios.

Comunicaciones y comercialización: PHC no utilizará su información médica para fines de comercialización por los cuales recibamos pagos si usted no otorga su autorización previa por escrito. Podemos utilizar su información para fines de administración de casos o coordinación de la atención médica y funciones relacionadas sin necesitar su autorización. Podemos proporcionar recordatorios de citas o surtidos de recetas médicas o describir un producto o servicio que se encuentre incluido en su plan de beneficios, por ejemplo, nuestra red de proveedores de servicios de salud.

Venta de su información médica No venderemos su información médica a cambio de remuneración financiera sin su autorización previa por escrito.

¿Existe la posibilidad de que mi información médica sea divulgada sin mi permiso?

Sí, podemos divulgar su información médica sin su permiso a agencias gubernamentales, y a organizaciones o individuos privados, cuando ciertas circunstancias lo requieren, o la ley nos autoriza a hacerlo. Parte de su información médica está sujeta a restricciones de leyes federales o estatales que limitan o no permiten ciertos usos de esa información, ni permiten su divulgación. Por ejemplo, hay restricciones especiales sobre la información que se puede divulgar con respecto a diagnóstico de VIH/SIDA, datos genéticos, tratamiento de salud mental, discapacidades de desarrollo, y tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Nosotros cumplimos con esas restricciones en el uso de su información médica personal.

Ejemplos de las diferentes clases de circunstancias que nos obligan o permiten divulgar su información sin su consentimiento:

- **Cuando es requerido por la ley:** PHC divulgará su información médica cuando sea requerida por cualquier ley federal, estatal o local
- **Cuando existan riesgos para la salud pública:** PHC puede divulgar su información médica:
 - Al departamento de salud local en conexión con actividades de salud pública, como la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades, o para la realización de investigaciones o vigilancia de la salud pública
 - Para informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sobre efectos adversos relacionados con la calidad, seguridad o efectividad de productos regulados esa agencia.

Para informar de abuso, negligencia o violencia doméstica: PHC está obligado a informar a agencias gubernamentales si creemos que un afiliado/a es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

En relación con procesos judiciales y administrativos: PHC puede divulgar su información médica en el curso de cualquier proceso judicial o administrativo, en respuesta a la orden de una corte o tribunal administrativo, según lo autorice expresamente esa orden o en respuesta a una citación, pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal, pero solamente cuando PHC realice esfuerzos razonables para informarle a usted sobre esta solicitud o para obtener una orden que proteja su información de salud.

Información para fines de cumplimiento de la ley:

- Según lo exige la ley para informar sobre algunos tipos de heridas u otras lesiones físicas de acuerdo con una orden judicial, allanamiento, citación, orden de comparecencia u otro proceso de este tipo.

Información a médicos forenses: PHC puede divulgar su información médica a los médicos forenses con el fin de determinar su causa de muerte o para cumplir con otras obligaciones, según lo autoriza la ley.

Información a directores de funerarias: PHC puede divulgar su información médica a directores de funerarias según las leyes aplicables o, si resulta necesario, para que realicen sus tareas con respecto a los acuerdos de su funeral. Si es necesario para que realicen sus tareas, PHC puede divulgar su información médica antes de su muerte, con una anticipación razonable.

Información para indemnizaciones laborales: PHC puede divulgar su información médica para indemnizaciones laborales o programas similares.

Para la contratación de seguros o fines relacionados, tales como clasificación para primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro o beneficios médicos según lo exija la ley, pero que no pueden incluir información genética.

¿Pueden recibir información mía otras personas involucradas en mi cuidado médico?

Sí, podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado, o que esté pagando por su cuidado médico. Les divulgamos estrictamente lo que consideremos necesario para que puedan participar en su cuidado médico, a menos que usted nos pida específicamente que no lo hagamos. Esto incluye responder a consultas telefónicas sobre elegibilidad y estados de demandas.

SALVO EN LOS CASOS MENCIONADOS, PHC NO DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA SI NO CUENTA CON SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO. SI USTED O SU REPRESENTANTE AUTORIZAN A PHC A UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, PUEDE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO

¿Hay veces en que no divulgan mi información médica?

No permitiremos ningún otro uso o divulgación de su información médica sin su consentimiento por escrito, o sin su autorización, que usted puede dejar sin efecto en cualquier momento, de acuerdo con lo prescrito en nuestro formulario de consentimiento o autorización.

Salvo lo que se describe anteriormente (Cómo usa y divulga mi información médica el plan de salud de Partnership HealthPlan de California), la divulgación de notas de psicoterapia, la comercialización y la venta de su información exige una autorización por escrito y una declaración de que usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Sus derechos individuales o personales

¿Qué derechos tengo como miembro del plan de salud del PHC?

Como afiliado del plan de salud del PHC, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- A solicitarnos que limitemos algunos usos y divulgación de su información médica personal. PHC no tiene la obligación de estar de acuerdo con restricciones solicitadas por sus miembros, a menos que la divulgación sea a fines de efectuar pagos u operaciones de atención de la salud y el pedido sea únicamente para un artículo o servicio de atención de la salud por el cual usted, u otra persona que no sea PHC, haya pagado de su bolsillo.
- A recibir información confidencial del plan de salud PHC en un teléfono privado, apartado postal, u otra dirección que usted especifique.
- A ver y obtener copias de su historial médico archivado y administrado y archivado por PHC, incluidos registros de facturación. Pero debemos recibir esa solicitud por escrito. Le responderemos en un plazo de 30 días. Si sus expedientes están archivados en otra ubicación, por favor, permítanos 60 días para cumplir con su pedido. Es posible que le cobremos los costos de hacer las copias, organizar y enviar por correo esos expedientes, si corresponde. También puede solicitar a PHC que transmita la información directamente a otra persona, si su solicitud por escrito está firmada por usted y claramente identifica a la persona designada y el sitio adonde enviar la información. En algunas circunstancias, podemos pedirle si acepta recibir un resumen o explicación de la información solicitada y las tarifas que puedan cargarse por crearla. En algunas circunstancias podemos negarle su pedido. Si su pedido es negado, le explicaremos por escrito los motivos. Usted tiene derecho a apelar esta decisión.
- Si considera que la información que aparece en la historia clínica es incorrecta, usted tiene el derecho de pedir que sea corregida. Hay circunstancias por las cuales nos veremos forzados a negarle su pedido. Si su pedido es negado, usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito que debe ser incluida en su historial médico.
- Tiene el derecho de recibir un informe sobre las veces que hemos divulgado información no rutinaria sobre su salud, hasta seis años antes de la fecha de su pedido. Existen algunas excepciones: Por ejemplo, no mantenemos la lista de veces que hemos divulgado su información con su permiso; ni información que hemos provisto porque era necesaria para su tratamiento médico; información necesaria

para determinar el pago por servicios médicos provistos; información que era necesaria para administrar las operaciones internas del plan de salud PHC; información que le hemos provisto a usted personalmente; y ciertas otras divulgaciones.

- Si recibió este aviso de forma electrónica, usted tiene el derecho de solicitarnos en cualquier momento que le proporcionemos una copia en papel.

¿Cómo ejerzo mis derechos?

Usted puede hacer uso de sus derechos enviando una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, a la dirección que aparece más adelante. Para facilitarle el proceso, le pedimos que utilice el formulario de solicitud, que puede obtener de nuestro sitio Web, en la dirección siguiente: www.partnershiphp.org, o que nos llame al número de teléfono que le proveemos más adelante. También puede obtener el documento que contiene todos sus derechos, y que incluye el proceso que seguimos para responder a las solicitudes de nuestros miembros de ejercer sus derechos, llamando o escribiéndole al Oficial de Privacidad del plan de salud, a la dirección que le proveemos más adelante.

¿Cómo presento una queja si mis derechos a privacidad han sido violados?

Como miembro del plan de salud PHC, usted o su representante personal tienen derecho a presentar sus quejas ante nuestro Oficial de Privacidad si creen que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted o su representante deben proveernos con información específica y por escrito para documentar su queja. Vea la información de contacto a continuación. También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos en el sitio Web de HHS: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/> o enviarla a la información de contacto que se incluye a continuación.

PHC lo invita a comunicarse con nosotros si tiene alguna preocupación sobre la privacidad de su información. El plan de salud PHC no practicará ninguna acción vengativa contra usted por haber presentado una queja. El haber presentado una queja no afectará negativamente la calidad de servicios médicos que recibe como miembro del plan de salud PHC.

Consulte la información de contactos en la página siguiente.

Para comunicarse con nosotros:

Oficial de Privacidad: Partnership Health Plan de California
Dirección postal: 4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Número de teléfono: (800) 863-4155 o TTY/TDD (800) 735-2929, o llame al 711

La línea especial de teléfono para presentar quejas al PHC es (800) 601-2146, y opera las 24 horas del día, 7 días a la semana.

Departamento de Servicios de la Salud de California (DHCS):

DHCS Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
CA Dept. of Health Care Services
PO Box 997413, MS 0011
Sacramento, CA 95899-7413
Teléfono: (916) 440-7750
TTY/TDD: (877) 735-2929
FAX: (916) 440-7680

Comuníquese con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Office for Civil Rights
Attn: Regional Manager
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Teléfono de voz (415) 437-8310
FAX (415) 437-8329
TDD (415) 437-8311