

CalOptima Health Covered

**Contrato del suscriptor,
documento combinado de
Evidencia de cobertura y formulario
de divulgación**

Índice de contenido

Introducción	9
¿Le damos la bienvenida!.....	9
¿Qué es esta publicación?.....	9
Plazo de esta Evidencia de cobertura, renovación y enmienda	10
¿Qué ocurre si todavía necesito ayuda?	11
Prácticas de privacidad	11
Comunicaciones confidenciales.....	12
Tarjeta de identificación de miembro (tarjeta de identificación [Identification, ID]).....	12
Directorio de proveedores y centros médicos del plan	13
Servicios de asistencia lingüística y ayudas para personas con discapacidades	13
Área de servicio.....	19
Acceso oportuno a la atención.....	20
Tiempos de espera para citas	20
Acceso a servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.....	20
Tiempos de espera para atención telefónica	22
Servicios para Miembros.....	22
Información útil disponible a través de Internet en www.caloptima.org	23
Derechos y responsabilidades de los miembros.....	24
Cómo obtener atención	27
Elección de proveedores de cuidado médico.....	27
Cómo cambiar su PCP.....	28
Programación de citas	28
Transporte	29
Cómo obtener información sobre médicos y especialistas que trabajan con CalOptima Health.....	30
Consulta de salud preventiva.....	30
Referencias y autorizaciones previas.....	31
Segundas opiniones	33

Sus beneficios de farmacia	33
Red de farmacias.....	35
Servicios de emergencia y atención de urgencia	39
Continuidad de la atención	44
<i>Continuidad de la atención por parte de un proveedor de cuidado médico con contrato rescindido.....</i>	44
<i>Continuidad de la atención para nuevos miembros por parte de proveedores de cuidado médico que no tienen contrato.....</i>	44
<i>Continuidad de la atención cuando recibe tratamiento para afecciones de salud mental materna.....</i>	45
Resolución de disputas	46
Quejas	46
<i>Cómo presentar una queja.....</i>	47
<i>Cómo presentar una queja urgente</i>	48
Mediación voluntaria.....	49
Revisión médica independiente.....	49
<i>Cuándo solicitar una Revisión médica independiente.....</i>	50
<i>Casos no urgentes</i>	50
<i>Casos urgentes</i>	50
<i>Revisión médica independiente para la denegación de Servicios experimentales o Servicios de investigación</i>	51
Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud	51
Quejas formales ante la Oficina de Derechos Civiles	52
Arbitraje vinculante.....	52
<i>Alcance del arbitraje</i>	52
<i>Inicio del arbitraje.....</i>	53
<i>Presentación de la demanda de arbitraje</i>	53
<i>Reglas de procedimiento</i>	53
<i>Decisión de arbitraje</i>	54
<i>Pago de los honorarios y gastos del árbitro.....</i>	54
<i>Otros costos.....</i>	54
<i>Notificación de la decisión del arbitraje o acuerdo de conciliación</i>	55
Elegibilidad e inscripción.....	56
Requisitos para la elegibilidad de los miembros	56

¿Cuál es la diferencia entre un suscriptor y un dependiente inscrito?	56
Cobertura para dependientes	56
Límite de edad de los hijos dependientes	57
Período anual de inscripción abierta.....	57
Fecha de inicio de la cobertura	57
Cambio en la elegibilidad	58
Inscripción especial.....	58
Elegibilidad para créditos tributarios y reducciones de costos compartidos.....	61
Reglas especiales que rigen a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska	61
Responsabilidades de pago	63
¿Qué son las primas (tarifas de prepago)?	63
Pago	63
Período de gracia de 30 días.....	64
Período de gracia de tres meses	64
Prueba de cobertura	65
¿Qué son los copagos (otros cargos)?	65
Costo compartido.....	66
Deducible anual.....	67
Máximo anual de gastos de bolsillo (MOOP).....	68
Terminación de los beneficios	68
Solicitud de terminación mediante aviso por escrito	69
<i>Aviso de terminación por escrito</i>	<i>70</i>
Restablecimiento de la cobertura	70
Cancelación de membresía y terminación	70
Beneficios cubiertos	71
Servicios de ambulancia	71
<i>Situación de emergencia.....</i>	<i>71</i>
<i>Situación que no es de emergencia</i>	<i>71</i>
Cirugía bariátrica	72
<i>Cobertura para servicios relacionados con la cirugía bariátrica descrita en otras secciones.....</i>	<i>72</i>
Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista	72

Servicios de dependencia química	74
<i>Hospitalización para desintoxicación</i>	<i>75</i>
<i>Atención ambulatoria para la dependencia química</i>	<i>75</i>
<i>Servicios de recuperación residencial de transición</i>	<i>75</i>
<i>Cobertura para servicios relacionados con los servicios de dependencia química descrita en otras secciones</i>	<i>75</i>
Servicios dentales y de ortodoncia	75
<i>Servicios dentales pediátricos</i>	<i>75</i>
<i>Servicios dentales para adultos</i>	<i>76</i>
<i>Cobertura para servicios relacionados con los servicios dentales y de ortodoncia descrita en otras secciones</i>	<i>76</i>
Atención de diálisis	76
<i>Cobertura para servicios relacionados con la atención de diálisis descrita en otras secciones</i>	<i>77</i>
Equipo médico duradero	77
Servicios de emergencia y atención de urgencia	78
Planificación familiar	78
<i>Cobertura para servicios relacionados con los servicios de planificación familiar descrita en otras secciones</i>	<i>79</i>
Servicios de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica	79
Educación sobre la salud	82
Servicios de audición	82
Atención médica a domicilio	82
<i>Cobertura para servicios relacionados con la atención médica a domicilio descrita en otras secciones</i>	<i>83</i>
Cuidados paliativos	83
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	84
<i>Cobertura para servicios relacionados con la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados descrita en otras secciones</i>	<i>85</i>
Terapia de infusión	86
Servicios de salud mental	86
<i>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</i>	<i>86</i>
<i>Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados</i>	<i>86</i>
<i>Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo</i>	<i>86</i>
<i>Salud mental materna</i>	<i>87</i>

Evidencia de cobertura de CalOptima Health Covered

<i>Servicios de afirmación de género</i>	87
<i>Servicios de proveedores de cuidado médico no participantes</i>	87
<i>Servicios proporcionados por un proveedor de cuidado médico de un centro del 988</i>	87
<i>Cobertura para servicios relacionados con servicios de salud mental descrita en otras secciones:</i>	88
Suministros para ostomía y urológicos	88
Atención ambulatoria	89
Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios	91
Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios	92
<i>Cómo obtener artículos cubiertos</i>	93
<i>Lista de medicamentos aprobados del plan</i>	93
<i>Reglas generales sobre la cobertura</i>	93
<i>Medicamentos de continuidad</i>	94
<i>Cobertura de servicios relacionados con medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios descrita en otras secciones</i>	95
Servicios pediátricos	95
<i>Atención pediátrica para el asma</i>	95
<i>Atención dental pediátrica</i>	95
<i>Atención de la visión pediátrica</i>	95
<i>Cobertura para PANDAS y PANS</i>	97
Fenilcetonuria (PKU)	97
Servicios de cuidado preventivo	98
Dispositivos protésicos y ortopédicos	99
<i>Dispositivos internos implantados</i>	99
<i>Dispositivos externos</i>	99
<i>Cobertura de servicios relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos descrita en otras secciones</i>	100
Cirugía reconstructiva	100
<i>Cobertura de servicios relacionados con la cirugía reconstructiva descrita en otras secciones</i>	100
Servicios de rehabilitación y habilitación	100
<i>Cobertura para servicios relacionados con servicios de rehabilitación y habilitación descrita en otras secciones</i>	101
Servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado	101
Atención de enfermería especializada	102

<i>Cobertura para servicios relacionados con la atención de enfermería especializada descrita en otras secciones</i>	102
Trasplantes	103
<i>Cobertura para servicios relacionados con los servicios de trasplante descrita en otras secciones</i>	104
Trastornos de la articulación temporomandibular	104
Servicios de la visión	104
<i>Lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia</i>	104
<i>Cobertura para servicios relacionados con los servicios de la visión descrita en otras secciones</i>	104
Exclusiones y limitaciones	105
Exclusiones y limitaciones generales	105
1. Servicios de acupuntura	105
2. Servicios quiroprácticos	105
3. Ensayos clínicos	105
4. Servicios, suministros o cirugías cosméticas	106
5. Atención de custodia o domiciliaria	106
6. Suplementos dietéticos o nutricionales	107
7. Suministros desechables para uso doméstico	107
8. Servicios experimentales o servicios de investigación	107
9. Audífonos	109
10. Inmunizaciones	109
11. Proveedores sin licencia o sin certificación	109
12. Artículos personales o de comodidad	109
13. Medicamentos con receta/medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	110
14. Enfermería de cuidado privado	110
15. Reversión de esterilización voluntaria	111
16. Examen físico de rutina	111
17. Embarazo subrogado	111
18. Terapias	111
19. Viajes y alojamiento	111
20. Programas de control de peso y programas de ejercicio	111
Exclusiones y limitaciones relativas a la atención dental	112
21. Servicios dentales para adultos	112

22. Servicios dentales pediátricos.....	112
Exclusiones y limitaciones relativas a la visión	112
23. Servicios de la visión para adultos	112
24. Servicios de la visión pediátricos.....	112
Información general.....	113
Participación en el programa de beneficios.....	113
Avisos	113
Cómo recibe el pago un proveedor.....	113
Responsabilidad financiera del miembro por pagos a proveedores.....	114
Disposiciones de reembolso (si recibe una factura).....	114
Contratistas independientes.....	115
Coordinación de beneficios	115
Responsabilidad de terceros.....	115
Política pública.....	115
Comité asesor de miembros	116
Leyes aplicables.....	116
Nueva tecnología	116
Desastres naturales, interrupciones, limitaciones	116
Evidencia de cobertura vinculante para todos los miembros	116
No renuncia.....	116
Acuerdo completo	117
Cesión.....	117
Acuerdos de gestación subrogada.....	117
Definiciones	119
Documento combinado de Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación del plan de beneficios dentales pediátricos esenciales individuales de California.....	128

Introducción

¡Le damos la bienvenida!

Le damos la bienvenida a CalOptima Health. CalOptima Health es una entidad pública creada por la Junta de supervisores del condado de Orange bajo la autoridad estatal y es un plan de salud de atención médica administrado público e independiente con licencia del estado de California que opera bajo el liderazgo de una Junta directiva. Nuestra Junta directiva está compuesta por miembros, proveedores de cuidado médico, líderes empresariales y representantes del gobierno local. CalOptima Health trabaja con médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores de cuidado médico para ofrecerle a usted (denominado **miembro**) servicios de atención médica de calidad. CalOptima Health contrata planes de salud de la red para coordinar su atención. Un plan de salud de la red es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con CalOptima Health. Usted deberá elegir un plan de salud de la red y un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP). Su PCP debe trabajar bajo contrato con su plan de salud de la red. Puede elegir el mismo plan de salud de la red y el mismo PCP para todos los miembros de su familia inscritos en Covered California, o puede elegir planes de salud de la red y proveedores de cuidado primario diferentes. Consulte la sección “Cómo obtener atención” para obtener información adicional.

¿Qué es esta publicación?

Esta Evidencia de cobertura es un documento legal que le informa sobre la cobertura que recibe de CalOptima Health. Le ayudará a comprender sus beneficios, los servicios disponibles y cómo obtener la atención que necesita. También explica sus obligaciones financieras, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de CalOptima Health. Esta Evidencia de cobertura, las primas incluidas en los materiales de renovación (que se incorporan a esta Evidencia de cobertura como referencia) y todas las enmiendas que se realicen constituyen un contrato legalmente vinculante entre CalOptima Health y el suscriptor.

En esta Evidencia de cobertura, a CalOptima Health a veces se la denomina “nosotros” o el “plan”. A los miembros a veces se les denomina “usted” o “su”.

Algunos términos en mayúsculas tienen un significado especial en esta Evidencia de cobertura. Consulte la sección “Definiciones” al final de esta Evidencia de cobertura para conocer los términos importantes.

Es importante que lea esta Evidencia de cobertura en su totalidad para familiarizarse con su cobertura, ya sea que usted sea el suscriptor (el miembro principal de la cobertura) o esté inscrito como dependiente inscrito (un familiar elegible), de modo que pueda aprovechar sus beneficios al máximo. En esta Evidencia de cobertura se brinda información sobre temas importantes, como elegir un PCP y qué hacer si necesita ser hospitalizado.

Puede solicitar otra copia de este documento sin costo. También puede encontrar la Evidencia de cobertura en el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org. También puede solicitar una copia de las políticas y los procedimientos clínicos y administrativos no

patentados de CalOptima Health sin costo. Estos documentos también se encuentran en el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org.

Plazo de esta Evidencia de cobertura, renovación y enmienda

Plazo de su cobertura

Para los miembros cuya solicitud de inscripción haya sido aceptada por CalOptima Health, esta Evidencia de cobertura tiene vigencia a partir de la fecha indicada en su Aviso de inscripción de Covered California, a las 12:00 de la medianoche. La Evidencia de cobertura permanecerá vigente sujeta al pago puntual de las primas.

Puede dar su cobertura por terminada notificándolo a Covered California o puede comunicarse con CalOptima Health para obtener más información. El último día de cobertura será la fecha de terminación solicitada si usted proporcionó el aviso de cancelación al menos 14 días calendario antes de la fecha de vigencia de la cancelación solicitada. Si el aviso de terminación no se proporcionó al menos 14 días antes de la fecha de vigencia de la terminación solicitada, el último día de cobertura será 14 días después de que se reciba la solicitud de terminación, a menos que se solicite una fecha de vigencia de la terminación anterior y Covered California acepte dicha fecha. Por último, si usted se vuelve elegible por primera vez para Medi-Cal con cobertura completa o para el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), el último día de cobertura será el último día del mes durante el cual se lo considere elegible para Medi-Cal con cobertura completa o CHIP.

Disposiciones de renovación

Este plan es un plan de beneficios de salud individual. Si cumple con todos los términos de esta Evidencia de cobertura, esta Evidencia de cobertura se renovará si usted opta por ello, excepto según lo permitido en cuanto a terminación, cancelación, rescisión o no renovación de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. La cobertura permanecerá vigente cada mes que recibamos las primas. Los términos de esta Evidencia de cobertura seguirán siendo los mismos cuando se renueve, a menos que hayamos modificado la Evidencia de cobertura, según se describe en el apartado "Proceso de enmienda" a continuación.

Proceso de enmienda

Podemos modificar esta Evidencia de cobertura enviándole un aviso por escrito (enviaremos el aviso por correo electrónico si optó por recibir estos documentos y avisos de manera electrónica). Esto incluye cualquier cambio en los beneficios, las exclusiones o las limitaciones. Ningún cambio en la cobertura entrará en vigor a menos que hayamos proporcionado un aviso por escrito de dicho cambio al menos 10 días antes del inicio del período de inscripción anual aplicable al contrato o 60 días antes de la fecha de entrada en vigor de la renovación del contrato (lo que ocurra primero en el año calendario). Se considerará que dichas enmiendas se han aceptado, a menos que usted (el miembro) nos dé un aviso por escrito de no aceptación dentro de los 30 días posteriores a la fecha del aviso, en cuyo caso esta Evidencia de cobertura terminará el día anterior a la fecha de vigencia de la enmienda. Podemos modificar las primas, según se describe en la sección "[Responsabilidades de pago](#)". Consulte el apartado "Avisos" en la sección "[Información general](#)" para obtener información

adicional sobre cómo enviarnos un aviso por escrito si no está de acuerdo con alguna enmienda.

¿Qué ocurre si todavía necesito ayuda?

Si después de familiarizarse con sus beneficios aún necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Aviso: Esta Evidencia de cobertura especifica los términos y las condiciones de su cobertura de CalOptima Health. Las personas tienen derecho a ver estos documentos antes de inscribirse en CalOptima Health. Las personas con necesidades de salud especiales deben prestar especial atención a las secciones que les corresponden. Puede comunicarse con CalOptima Health o visitarnos si tiene preguntas específicas sobre los planes de beneficios y servicios de CalOptima Health. Cómo comunicarse con nosotros:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas).
www.caloptima.org

Prácticas de privacidad

PUEDE SOLICITAR UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE NUESTRAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS.

Este es solo un breve resumen de algunas prácticas clave en materia de privacidad. ADEMÁS, PUEDE SOLICITAR NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EN EL QUE SE BRINDA INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA.

CalOptima Health protegerá la privacidad de su información médica protegida. También exigimos a los proveedores de cuidado médico participantes que protejan su información médica protegida. Su información médica protegida es información de identificación individual (en forma oral, escrita o electrónica) sobre usted, los servicios de atención médica que recibe o el pago de su atención médica. Por lo general, puede ver y solicitar copias de su información médica protegida, corregir o actualizar su información médica protegida y pedirnos un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; por ejemplo, para evaluar la calidad de los beneficios cubiertos. A veces, la ley nos exige proporcionar cierta información médica protegida a otras entidades, como agencias gubernamentales o en acciones judiciales.

No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida a ninguna otra persona sin su autorización por escrito (o la autorización de su representante), excepto en las circunstancias que se describen en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al 1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas).

Comunicaciones confidenciales

Puede pedirle a CalOptima Health que envíe las comunicaciones sobre servicios confidenciales a una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono diferente de su elección. Esto se conoce como “solicitud de comunicaciones confidenciales”. Si da su consentimiento para recibir atención, CalOptima Health no proporcionará información sobre sus servicios de atención confidenciales a nadie más sin su permiso por escrito. Si no proporciona una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono, CalOptima Health enviará las comunicaciones a su nombre a la dirección o al número de teléfono que tengamos en nuestros registros.

CalOptima Health respetará su solicitud de recibir comunicaciones confidenciales en la forma y el formato que usted pida. Nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de adaptar a la forma y el formato que usted haya solicitado. Las enviaremos a otra ubicación si así lo especifica. Su solicitud de comunicación confidencial dura hasta que usted la cancele o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, complete y envíe un Formulario de solicitud de restricciones de medio/método de comunicación confidencial. Su solicitud de comunicaciones confidenciales puede presentarse de manera presencial en el Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health.

Si tiene alguna pregunta, desea obtener más detalles sobre su información médica o quiere solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CalOptima Health, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Tarjeta de identificación de miembro (tarjeta de identificación [Identification, ID])

Recibirá una tarjeta de ID que muestra que es miembro de CalOptima Health. Tenga su tarjeta de ID de miembro con usted en todo momento. Muestre la tarjeta de ID de miembro al médico, la farmacia, el hospital u otro proveedor de cuidado médico al solicitar atención. Su tarjeta de ID de miembro contiene información que los profesionales de la salud necesitan para asegurarse de que su atención esté cubierta. No presentar su tarjeta de ID de miembro al solicitar atención puede ocasionar errores de facturación.



Nunca permita que nadie use su tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health. Si, a sabiendas, permite que alguien más use su tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health, se considerará fraude.

Si no recibe su tarjeta de ID de CalOptima Health luego de unas semanas después de su fecha de inscripción, o si su tarjeta de ID de CalOptima Health se daña, la pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato. CalOptima Health le enviará una tarjeta nueva sin costo. Llámenos al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Para comprender mejor la información contenida en su tarjeta de ID de miembro, visite www.caloptima.org.

Directorio de proveedores y centros médicos del plan

CalOptima Health tiene una lista actualizada de todos los proveedores de cuidado médico, incluidos médicos, hospitales, farmacias y proveedores de servicios de salud mental en la red de CalOptima Health en su sitio web www.caloptima.org. Puede buscar proveedores de cuidado médico por área, especialidad, idioma hablado, accesibilidad y otras características del proveedor de cuidado médico. También puede solicitar una copia del Directorio de proveedores u obtener más información sobre los proveedores de cuidado médico disponibles llamando a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Algunos hospitales y otros proveedores no ofrecen uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos bajo el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podría necesitar: planificación familiar, servicios anticonceptivos (incluida la anticoncepción de emergencia), esterilización (incluida la ligadura de trompas al momento del parto), tratamientos de infertilidad o aborto. Solicite más información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica, o llame a Servicios para Miembros del CalOptima Health al 1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas), para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención médica que necesita.

Tenga en cuenta que si un servicio está cubierto pero no está disponible a través de la red de proveedores de cuidado médico participantes de CalOptima Health, pondremos los beneficios cubiertos a su disposición a través de un proveedor de cuidado médico no participante, según lo exige la ley. En tal caso, su costo compartido no será mayor que si hubiera recibido el servicio de un proveedor de cuidado médico participante de la red.

Servicios de asistencia lingüística y ayudas para personas con discapacidades

CalOptima Health puede preguntarle sobre su preferencia de idioma, el formato para la comunicación escrita, así como información sobre su raza/etnia para ayudarlo a obtener acceso a servicios que satisfagan sus necesidades y a que reciba una mejor atención.

La información se utilizará para brindar materiales escritos en el idioma y el formato de su preferencia, así como servicios de interpretación sin costo, incluido el lenguaje de señas americano, para sus citas médicas.

CalOptima Health nunca utilizará esta información para negarle cobertura y beneficios. CalOptima Health protege su privacidad y solo tiene permitido usarla o divulgarla para fines limitados. No usamos datos demográficos individuales de los miembros para iniciativas de suscripción, establecimiento de tarifas o determinación de beneficios. CalOptima Health no proporciona su información a usuarios no autorizados.

Información por escrito en el idioma y formato de su preferencia

English

ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. تتوفر أيضاً وسائل مساعدة وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل أو بخط كبير؛ اتصل بالرقم **1-888-312-2221 (TTY: 711)** هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-888-312-2221 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-888-312-2221 (TTY: 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-312-2221 (TTY: 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-888-312-2221 (TTY: 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言获得帮助，请致电 **1-888-312-2221 (TTY: 711)**。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-888-312-2221 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助, 請致電 **1-888-312-2221 (TTY: 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務, 例如盲文和大字體的文件。致電 **1-888-312-2221 (TTY: 711)**。這些服務是免費的。

(Farsi) فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با **1-888-312-2221 (TTY: 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ, نیز موجود است. با **1-888-312-2221 (TTY: 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-888-312-2221 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-312-2221 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-888-312-2221 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-888-312-2221 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-312-2221 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-312-2221 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-312-2221 (TTY: 711)** ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-312-2221 (TTY: 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-312-2221 (линия (TTY: 711))**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-312-2221 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-312-2221 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Türkçe (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-888-312-2221 (TTY: 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

اردو (Urdu)

توجہ: اگر آپ کو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-888-312-2221 (TTY 711)**۔ معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔
کال **1-888-312-2221 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-888-312-2221 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

Servicios de interpretación sin costo

Usted tiene derecho a recibir servicios de interpretación sin costo cuando recibe servicios de atención médica. CalOptima Health ofrece servicios de interpretación sin costo en su idioma, incluido el lenguaje de señas americano. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Es importante recurrir a un intérprete profesional en su cita médica para que le ayude a comunicarse con su médico, de modo que usted comprenda cuestiones importantes sobre su salud y sobre cómo cuidarse. El intérprete profesional está capacitado, conoce los términos médicos e interpretará todo lo que se diga entre usted y su médico de manera correcta y completa. El intérprete mantiene la confidencialidad y la privacidad de su conversación con el médico. No debe pedir a amigos o familiares, especialmente a niños, que le interpreten. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** si necesita servicios de interpretación. Podemos ayudarle en su idioma por teléfono y asegurarnos de que cuente con un intérprete para su próxima cita.

Siga estos pasos para solicitar un intérprete:

Paso 1: Programe una cita con su médico.

Paso 2: Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** al menos 10 días hábiles antes de su cita con la siguiente información:

- su nombre
- su número de identificación de miembro
- fecha, hora y dirección de la cita
- nombre del médico, especialidad y número de teléfono
- duración de la cita

Si la cita con su médico cambia o se cancela, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** tan pronto como sea posible.

Información de acceso para personas con discapacidades

Muchos consultorios médicos y clínicas tienen adaptaciones que facilitan las consultas médicas para personas con discapacidades, tales como espacios de estacionamiento accesibles, rampas, salas de examinación amplias y balanzas aptas para sillas de ruedas. Puede encontrar los médicos que ofrecen dichas adaptaciones en el Directorio de proveedores. Servicios para Miembros de CalOptima Health también puede ayudarle a encontrar un médico que pueda satisfacer sus necesidades.

El consultorio de un médico, una clínica o un hospital no pueden negarle servicios porque usted tenga discapacidades. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** si no puede obtener los servicios que necesita o si los servicios que necesita son difíciles de obtener.

Quejas

Tiene derecho a presentar una queja en las siguientes circunstancias:

- Siente que se le negaron servicios debido a una discapacidad o porque no habla inglés.
- No puede conseguir un intérprete.
- Tiene una queja sobre el intérprete.
- No puede obtener información en su idioma o formato.
- No se satisfacen sus necesidades culturales.

Puede obtener más información al respecto en la sección “Resolución de disputas” de esta Evidencia de cobertura.

Área de servicio

El área de servicio de CalOptima Health es el condado de Orange. Cada miembro debe vivir en el área de servicio y debe elegir o ser asignado a un PCP que preste servicios lo suficientemente cerca de su hogar o lugar de trabajo para garantizar un acceso razonable a la atención, según lo determine CalOptima Health. Si cambia su residencia fuera del área de servicio de CalOptima Health, se dará por terminada su cobertura de CalOptima Health según lo requiere Covered California.

Viajes fuera del condado de Orange

Como miembro de CalOptima Health, su área de servicio es el condado de Orange. Todas las ubicaciones fuera del condado de Orange (incluso fuera de los Estados Unidos) están fuera de su área de servicio. La atención de rutina no está cubierta fuera del área de servicio. Los servicios y la atención de emergencia y los servicios de atención de urgencia sí están cubiertos fuera del condado de Orange.

¿Está fuera del condado de Orange?

Si usted tiene una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia cuando no se encuentra en el condado de Orange, puede recibir servicios y atención de emergencia en el centro de emergencia más cercano (consultorio médico, clínica u hospital), incluso al viajar fuera de California o de los Estados Unidos. Los servicios y la atención de emergencia no requieren una referencia ni una aprobación de su PCP. Si ingresa en un hospital que no pertenece a la red de CalOptima Health o en un hospital en el que no trabaja su PCP u otro médico, CalOptima Health tiene el derecho de trasladarlo a un hospital participante tan pronto como sea médicamente seguro. Su PCP debe brindar atención de seguimiento cuando salga del hospital. Consulte el apartado “Servicios de emergencia y atención de urgencia” en la sección “Cómo obtener atención” para obtener más información sobre la atención de emergencia.

Acceso oportuno a la atención

Las leyes de California exigen que los planes de salud brinden acceso oportuno a la atención. Esto significa que existen límites sobre cuánto tiempo tiene que esperar para obtener citas de atención médica y asesoramiento telefónico.

Si tiene problemas para obtener acceso oportuno a la atención, debe llamar a CalOptima Health al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID de miembro. Si CalOptima Health no puede resolver su problema, comuníquese con el Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) en www.HealthHelp.ca.gov o al 1-888-466-2219.

Tiempos de espera para citas

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

Citas urgentes	Tiempo de espera
Para servicios que no requieren autorización previa	Dentro de 48 horas
Para servicios que sí requieren autorización previa	Dentro de 96 horas
Citas no urgentes	Tiempo de espera
Cita de cuidado primario	Dentro de 10 días hábiles
Cita de atención de especialistas, incluido el médico especialista en servicios para trastornos de salud mental (por ejemplo, psiquiatra) o por consumo de sustancias	Dentro de 15 días hábiles
Cita con un proveedor de atención de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias (que no sea un médico)	Dentro de 10 días hábiles
Cita para servicios de apoyo (auxiliares) para diagnosticar o tratar lesiones, enfermedades u otras afecciones de salud	Dentro de 15 días hábiles
Cita de seguimiento con un proveedor de atención de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias (que no sea un médico)	Dentro de 10 días hábiles a partir de la cita anterior

Acceso a servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias
Tiene derecho a recibir servicios para trastornos de salud mental/por consumo de sustancias (Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD) accesibles en términos de tiempo y ubicación cuando los necesite. Si CalOptima Health no logra coordinar esos servicios para usted con un proveedor adecuado que esté en la red del plan de salud, el plan de salud debe cubrir y coordinar los servicios necesarios para que usted consulte a

un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, usted no tiene que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de 10 días hábiles a partir del momento en que haya solicitado los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de 48 horas siguientes a su solicitud (si el plan de salud no requiere autorización previa para la cita) o dentro de 96 horas siguientes (si el plan de salud sí requiere autorización previa).

Si su plan de salud no coordina los servicios para que los reciba dentro de estos plazos y de acuerdo con los estándares de acceso en términos de ubicación, puede recurrir a los servicios de cualquier proveedor con licencia, incluso si el proveedor no forma parte de la red de su plan de salud. Para que su plan de salud cubra esos servicios, la primera cita con el proveedor debe tener lugar dentro de 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtener servicios, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web (www.healthhelp.ca.gov) para solicitar asistencia con la obtención de servicios de MH/SUD.

Pagaremos al proveedor de cuidado médico fuera de la red por el período completo de prestación de beneficios cubiertos, incluidos los servicios de seguimiento de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias, según lo exige la ley, a menos que exista un proveedor de cuidado médico dentro de la red accesible en términos de tiempo y ubicación y que se cumplan las siguientes condiciones:

- El proveedor de cuidado médico dentro de la red puede brindarle los servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Determinamos si exigirle que haga la transición a un proveedor de cuidado médico dentro de la red está dentro del estándar de atención para su afección en el momento de la transición, basándonos en buenas prácticas profesionales y dentro de los estándares clínicos apropiados aplicables a su trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Se le notifica a usted, a su representante (si correspondiera) y al proveedor de cuidado médico que lo atiende al menos 90 días calendario antes de la transición. En el aviso se le informará el nombre y la información de contacto del proveedor de cuidado médico dentro de la red al que pretendemos que haga la transición, así como información sobre cómo puede presentar una queja si usted, su representante o su proveedor de cuidado médico tratante considera que la transición del miembro a un proveedor de cuidado médico dentro de la red le causará daño o no está dentro del estándar de atención.

Si hacemos la transición y usted se niega a realizarla, podría ser responsable de todos los costos adeudados al proveedor de cuidado médico por los servicios fuera de la red.

Para obtener copias de los criterios de revisión clínica, el programa educativo y los materiales de capacitación de la asociación profesional sin fines de lucro sobre trastornos de salud mental o por consumo de sustancias que utilizamos, comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Tiempos de espera para atención telefónica

- Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hablar con un profesional de la salud calificado que le ayude a determinar si su problema de salud es urgente. En caso de que deban devolverle la llamada, debería recibirla dentro de 30 minutos. Busque el número de teléfono en su tarjeta de ID o comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Excepciones

El propósito de la ley en materia de acceso oportuno es garantizar que usted reciba la atención que necesita. A veces usted necesita citas incluso antes de lo que exige la ley. En este caso, su médico puede solicitar que la cita sea antes.

En ocasiones, esperar más tiempo para recibir atención no es un problema. Su proveedor de cuidado médico puede asignarle un tiempo de espera más prolongado si esto no es perjudicial para su salud. Debe especificarse en su expediente que un tiempo de espera más prolongado no será perjudicial para su salud. Si no puede conseguir una cita de manera oportuna en su área porque no hay suficientes proveedores de cuidado médico, su plan de salud debe ayudarle a conseguir una cita con un proveedor de cuidado médico adecuado.

Comuníquese con la línea de ayuda de enfermería de CalOptima Health al **1-844-447-8441**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (incluidos los días festivos), para tener acceso a los servicios de triaje o evaluación inicial por teléfono.

Servicios para Miembros

CalOptima Health desea que usted esté conforme con su atención médica. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su atención, CalOptima Health desea conocer su opinión.

Servicios para Miembros de CalOptima Health está a su disposición para brindarle ayuda.

CalOptima Health puede ayudarle con lo siguiente:

- Responder preguntas sobre su plan de salud y los beneficios cubiertos por CalOptima Health.
- Elegir o cambiar un PCP.
- Decirle dónde obtener la atención que necesita.
- Obtener servicios de interpretación si su dominio del inglés es limitado.
- Obtener información en otros idiomas y formatos.
- Proporcionar una tarjeta de ID de reemplazo.

Evidencia de cobertura de CalOptima Health Covered

- Proporcionar una copia de la Evidencia de cobertura o del Directorio de proveedores.
- Responder a consultas de facturación.
- Coordinar el transporte.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711)**. CalOptima Health está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. La llamada es gratuita.

Información útil disponible a través de Internet en www.caloptima.org

También puede visitar el sitio web de CalOptima Health en cualquier momento ingresando a **www.caloptima.org**. El sitio web de CalOptima Health le ayuda a encontrar lo que necesita en cualquier dispositivo. También cuenta con un portal seguro para miembros en línea para que usted pueda hacer lo siguiente:

- Actualizar su información personal.
- Solicitar una nueva tarjeta de ID.
- Imprimir una copia de su tarjeta de ID.
- Buscar a un médico.
- Cambiar su plan de salud de la red o PCP.
- Programar citas de telesalud para la salud mental.
- Solicitar servicios de interpretación.
- Obtener información sobre sus beneficios.
- Conocer las opciones de pago de su prima.
- Solicitar documentos y formularios de miembros.
- Obtener más información sobre los derechos de privacidad.
- Informarse sobre sus derechos y responsabilidades.
- Presentar una queja formal (también conocida como “queja”).

Usted puede verificar su elegibilidad para la cobertura médica. Incluso puede solicitar cambiar su médico o grupo médico. Dado que esta información es privada, deberá iniciar una sesión en el portal para miembros de CalOptima Health. (Asegúrese de tener a la mano su tarjeta de ID de miembro, ya que le pediremos su número de identificación de miembro). Puede tener ingresar a su cuenta del portal para miembros de CalOptima Health visitando el portal para miembros en **<https://www.caloptima.org/ForMembers/MemberPortal.aspx>**.

Derechos y responsabilidades de los miembros

Como miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su plan, los servicios que su plan le ofrece y los proveedores de cuidado médico disponibles para su atención.
- Hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros del plan.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y si el plan puede imponer ciertas limitaciones a esos servicios.
- Conocer los costos de su atención y si ha alcanzado el monto de su deducible o el máximo de gastos de bolsillo.
- Elegir un proveedor de cuidado médico en la red de su plan y cambiar a otro médico en la red de su plan si no está conforme.
- Recibir atención médica accesible en términos de tiempo y ubicación.
- Obtener una cita oportuna con un proveedor de cuidado médico en la red de su plan, incluidas las citas con especialistas.
- Obtener una cita con un proveedor de cuidado médico fuera de la red de su plan cuando su plan no pueda proporcionar acceso oportuno a la atención con un proveedor de cuidado médico dentro de la red.
- Ciertas adaptaciones para su discapacidad, que incluyen:
 - Acceso equitativo a los servicios médicos, lo que incluye salas de examinación y equipos médicos accesibles en el consultorio o centro médico de un proveedor de cuidado médico.
 - Acceso pleno y equitativo, al igual que otros miembros del público, a los centros médicos.
 - Tiempo adicional para las consultas si lo necesita.
 - Llevar a su animal de servicio a las salas de examinación con usted.
- Comprar un seguro médico o determinar la elegibilidad para Medi-Cal mediante California Health Benefit Exchange, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés, así como un trato respetuoso y digno.
- Recibir atención culturalmente competente, lo que abarca, entre otros factores:
 - Atención médica inclusiva para personas transgénero, que incluye todos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales.
 - Que se dirijan a usted por su nombre y pronombre de preferencia.
- Previa solicitud, recibir de su proveedor de cuidado médico toda la información adecuada sobre su problema de salud o afección médica, su plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento adecuada o médicamente necesaria propuesta. Esta información incluye los resultados esperados disponibles, independientemente

del costo o la cobertura de beneficios, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir tratamiento.

- Participar con sus proveedores de cuidado médico en la toma de decisiones sobre su atención médica, lo que comprende dar su consentimiento informado cuando reciba tratamiento. En la medida en que lo permita la ley, usted también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Poder dialogar sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su afección, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Recibir cobertura de atención médica incluso si tiene una afección preexistente.
- Recibir tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventivos, incluidos muchos que no tienen copago, coseguro ni deducible.
- No tener límites anuales o de por vida de dinero para los servicios básicos de atención médica.
- Mantener a las personas a cargo elegibles en su plan.
- Recibir avisos sobre un aumento o cambio de tarifa desproporcionado, según corresponda.
- Recibir protección contra la facturación ilegal de saldo por parte de un proveedor de cuidado médico.
- Solicitar a su plan una segunda opinión de un proveedor de cuidado médico debidamente calificado.
- Confiar en que el plan mantenga la privacidad de su información de salud personal siguiendo sus políticas de privacidad y las leyes estatales y federales.
- Pedir a la mayoría de los proveedores de cuidado médico información sobre quién recibió su información de salud personal.
- Pedir a su plan o a su médico que se comuniquen con usted solo de ciertas maneras o en ciertos lugares.
- Que se proteja su información médica relacionada con servicios confidenciales.
- Obtener una copia de sus expedientes y agregar sus propias notas. Puede pedirle a su médico o plan de salud que modifique información sobre usted en sus expedientes médicos si no es correcta o está incompleta. Su médico o plan de salud puede rechazar su solicitud. Si esto sucede, usted puede agregar una declaración a su archivo en la que explique la información.
- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Recibir los servicios de un intérprete sin costo alguno para usted.
- Recibir materiales escritos en su idioma preferido cuando la ley lo requiera.
- Recibir información de salud en un formato práctico si usted es una persona con ceguera, sordera o baja visión.
- Solicitar la continuidad de la atención si su proveedor de cuidado o grupo médico se retira de su plan o si es un nuevo miembro del plan.
- Tener Instrucciones anticipadas de atención médica.

- Recibir información completa sobre el procedimiento de quejas de su plan y entender cómo usarlo sin temor a que su atención médica se interrumpa.
- Presentar una queja formal, apelación o queja en su idioma de preferencia sobre:
 - Su plan o proveedor de cuidado médico.
 - Cualquier atención que reciba o el acceso a la atención que busca.
 - Cualquier servicio cubierto o decisión sobre los beneficios que tome su plan.
 - Cualquier cargo o facturación incorrecta por su atención.
 - Cualquier denuncia de discriminación basada en la identidad de género o la expresión de género, o por negaciones incorrectas, retrasos o modificaciones de atención médica inclusiva para personas transgénero, lo que incluye servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las condiciones intersexuales.
 - La falta de satisfacción de sus necesidades lingüísticas.
- Saber por qué su plan deniega un servicio o tratamiento.
- Comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud si tiene problemas para tener acceso a los servicios de atención médica o preguntas sobre su plan.
- Solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) si su plan deniega, modifica o retrasa un servicio de atención médica.

Como miembro del plan, tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a todos los proveedores de cuidado médico, al personal del proveedor de cuidado médico y al personal del plan con respeto y dignidad.
- Compartir la información necesaria con su plan y proveedores de cuidado médico, en la medida de lo posible, para ayudarle a obtener la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas con sus proveedores de cuidado médico y seguir los planes e instrucciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, mantener todas las citas programadas y llamar a su proveedor de cuidado médico si va a llegar con retraso o si necesita cancelar su cita.
- Abstenerse de presentar reclamos o información falsos, fraudulentos o engañosos a su plan o proveedores de cuidado médico.
- Informar a su plan si se produjeron cambios en su nombre, dirección o miembros de su familia cubiertos por su plan.
- Pagar de manera oportuna cualquier prima, copago y cargos por servicios no cubiertos.
- Informar a su plan lo más pronto posible, en la medida de lo razonable, si le facturaron de manera incorrecta.

Cómo obtener atención

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

Como miembro de CalOptima Health, debe hacer lo siguiente:

1. Elegir un plan de salud de la red del Directorio de proveedores.
 - Puede elegir el mismo plan de salud de la red para todos los miembros de la familia elegibles o elegir un plan de salud de la red diferente para cada miembro de la familia.
 - Puede cambiar su plan de salud de la red cada 30 días.
2. Elegir un proveedor de cuidado médico participante que sea un PCP del Directorio de proveedores.
 - Debe elegir un PCP que tenga contrato con el plan de salud de la red que eligió.
 - Puede elegir el mismo PCP para todos los miembros de la familia elegibles o elegir un PCP diferente para cada miembro de la familia.
 - Si no elige un PCP, su plan de salud de la red elegirá uno para usted.
 - Puede cambiar su PCP cada 30 días.
3. Puede elegir su PCP y plan de salud de la red de las siguientes maneras:
 - accediendo al portal seguro para miembros en línea en <https://member.caloptima.org/#/user/login>, o;
 - llamando a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221** (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas).

Elección de proveedores de cuidado médico

Debe recibir todos los beneficios cubiertos de proveedores de cuidado médico participantes dentro de su área de servicio, excepto en las siguientes circunstancias:

- Referencias autorizadas como se describe en “Referencias y autorizaciones previas”.
- Servicios y atención de emergencia y atención de urgencia, incluidos los servicios fuera del área, como se describe en “Servicios de emergencia y atención de urgencia”.
- Otras circunstancias descritas en esta Evidencia de cobertura donde especifiquemos que cubrimos servicios de proveedores de cuidado médico no participantes, por ejemplo, los servicios de laboratorio de COVID-19 descritos en “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”.

Todos los miembros de CalOptima Health deben tener un proveedor de cuidado médico participante que sea un PCP. El nombre y el número de teléfono de su PCP se encuentran en su tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health. Excepto en el caso de servicios y atención de emergencia, su PCP organizará todas sus necesidades de atención médica, lo referirá a

especialistas, coordinará la atención con hospitales y obtendrá o coordinará la autorización para los beneficios cubiertos. Cada PCP trabaja con un plan de salud de la red, que es otro nombre para grupo médico. Cada plan de salud de la red trabaja con ciertos especialistas, hospitales y otros proveedores de cuidado médico. El PCP que usted elija determina qué proveedores de cuidado médico están disponibles para usted. Cada miembro de su hogar que esté inscrito en CalOptima Health puede elegir un PCP diferente. Al inscribirse, usted debe comunicarse con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para elegir un PCP. Si no elige un PCP después de inscribirse, se le asignará uno.

Cómo cambiar su PCP

Usted es quien mejor conoce sus necesidades de atención médica, por lo que es más conveniente que usted elija a su PCP. Es preferible mantener un solo PCP para que este pueda familiarizarse con sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si desea cambiar de PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Usted debe elegir un PCP que esté en la red de CalOptima Health y que esté aceptando nuevos pacientes. El médico que elija será su nuevo PCP nuevo a partir del primer día del mes siguiente después de hacer el cambio.

Cada miembro de su hogar que esté inscrito en CalOptima Health puede elegir un PCP diferente. Al inscribirse, debe comunicarse con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** para elegir un PCP. Si no eligió uno después de inscribirse, CalOptima Health le asignará un PCP a cada miembro.

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

También hacer el cambio en nuestro sitio web en at www.caloptima.org. Otra opción es usar nuestro portal seguro para miembros en línea en <https://member.caloptima.org/#/user/login> y seguir estos pasos:

- Haga clic en **Member Sign in** (Inicio de sesión para miembros).
- Haga clic en **Change My Doctor** (Cambiar mi médico).
- Siga las instrucciones para cambiar de médico.
- La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes para que el cambio sea vigente el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, es posible que el cambio no sea efectivo hasta el primer día del mes siguiente al próximo. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 19 de abril, el cambio de PCP entrará en vigor el 1.º de mayo. Si recibimos su solicitud el 21 de abril, el cambio de PCP entrará en vigor el 1.º de junio.

Si su nuevo PCP trabaja con otro plan de salud de la red, esto también puede cambiar los hospitales, especialistas y otros proveedores de cuidado médico de quienes puede recibir atención médica.

Programación de citas

Paso 1: Llame a su PCP.

Paso 2: Explique el motivo de la llamada.

Paso 3: Pida una cita.

El personal del consultorio de su PCP le dirá cuándo debe acudir y cuánto tiempo tomará la cita con su PCP. (Consulte el resumen de beneficios para saber qué servicios requieren copagos o coseguros). Las citas en clínicas y con médicos generalmente están disponibles de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m. Es posible que algunos centros de CalOptima Health ofrezcan citas en clínicas o consultorios médicos por la tarde y los sábados. Llame al consultorio de su PCP para confirmar el horario de atención o consulte nuestro Directorio de proveedores en línea, que está disponible en www.caloptima.org.

Si necesita asesoramiento médico durante el horario de atención de la clínica o el consultorio médico, puede llamar a su PCP y hablar con él/ella, o llamar a la línea de ayuda de enfermería de CalOptima Health al **1-844-447-8441**. Si necesita atención cuando el consultorio de su PCP está cerrado (por ejemplo, después del horario laboral normal, los fines de semana o días festivos), llame al consultorio de su PCP. Pida hablar con su PCP o con el médico de guardia. Un médico le devolverá la llamada.

También puede llamar al número de la línea de ayuda de enfermería que figura en su tarjeta de ID de miembro. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas sobre atención médica y que un profesional de enfermería certificado evalúe sus inquietudes y síntomas de salud. Este servicio es gratuito y está disponible en su idioma. El PCP o el profesional de enfermería de CalOptima Health responderá sus preguntas y le ayudará a decidir si necesita acudir a la clínica o al consultorio del médico.

Si necesita atención de urgencia (cuando una afección, enfermedad o lesión no es potencialmente mortal, pero necesita atención médica de inmediato), llame o acuda al centro de atención de urgencia más cercano. Muchos de los médicos de CalOptima Health tienen horarios de atención de urgencia por la noche, los fines de semana o los días festivos.

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

CalOptima Health proporcionará o coordinará la prestación de servicios de triaje o evaluación inicial por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El tiempo de espera para recibir servicios de triaje o evaluación inicial por teléfono no excederá los 30 minutos.

CalOptima Health se asegurará de que todos los proveedores de cuidado médico tengan un servicio de contestador o una contestadora automática durante el horario no laboral que proporcione instrucciones de atención de urgencia o de emergencia para comunicarse con el proveedor de cuidado médico de guardia.

Transporte

CalOptima Health proporcionará transporte de emergencia (a través del sistema de respuesta de emergencia 911), servicios de ambulancia no urgente y camioneta de transporte psiquiátrico si su afección requiere el uso de servicios que solo una ambulancia con licencia (o camioneta de

transporte psiquiátrico) puede proporcionar y el uso de otros medios de transporte pondría en peligro su salud. Estos servicios están cubiertos solo cuando el vehículo lo transporta hacia o desde el sitio de prestación de beneficios cubiertos. Consulte el apartado “Servicios de ambulancia” en la sección “Cómo obtener atención” para encontrar más información sobre los servicios de transporte. Si recibe servicios de ambulancia terrestre de un proveedor de servicios de ambulancia terrestre que no esté contratado, usted no pagará más que el mismo monto de costo compartido que pagaría por el mismo beneficio cubierto recibido de un proveedor de ambulancia terrestre contratado.

Cómo obtener información sobre médicos y especialistas que trabajan con CalOptima Health

Estamos orgullosos de nuestros médicos y su formación profesional. Si tiene preguntas sobre las calificaciones profesionales de los médicos y especialistas de la red, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**. CalOptima Health puede informarle sobre la institución educativa de medicina a la que asistieron, su residencia o su certificación de la junta médica.

Consulta de salud preventiva

Es importante que los nuevos miembros se hagan una revisión incluso si no están enfermos. **Asegúrese de programar un chequeo dentro de los primeros tres (3) meses de convertirse en miembro de CalOptima Health. Llame a su PCP hoy mismo y programe una cita para una “consulta de salud preventiva”.** Esta consulta también se llama “consulta de bienestar”. No se cobra un costo compartido por esta consulta. El número de teléfono de su PCP se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health. Esta primera consulta es importante. Su PCP revisará su historial médico, determinará cuál es su estado de salud actual y podrá iniciar cualquier tratamiento nuevo que usted pueda necesitar. Usted y su PCP también hablarán sobre cuidado preventivo. Esta es la atención que ayuda a “prevenir” que usted se enferme o evita que ciertas afecciones empeoren. Recuerde que los niños necesitan hacerse un chequeo cada año, incluso cuando no están enfermos, para asegurarse de que estén sanos y creciendo adecuadamente.

Servicios médicos de obstetricia o ginecología (OB/GYN)

Una miembro puede programar servicios de obstetricia y/o ginecología (OB/GYN) con un médico de obstetricia/ginecología o de medicina familiar que no sea su médico personal designado. No se necesita una referencia de su PCP o del plan de salud de la red afiliado. Sin embargo, el médico de obstetricia, ginecología o de medicina familiar debe estar en el mismo plan de salud de la red que su PCP. Los servicios de obstetricia o ginecología se definen como:

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

CalOptima Health cubre servicios relacionados con la atención prenatal y del embarazo, incluidos los servicios de doula. Es importante tener en cuenta que los servicios que preste un

obstetra, un ginecólogo o un médico de medicina familiar que no forma parte del plan de salud de la red del PCP sin autorización previa no estarán cubiertos por este plan de beneficios. Antes de programar la cita, debe llamar al consultorio de su PCP o a Servicios para Miembros de CalOptima Health al número de teléfono indicado en su tarjeta de ID de miembro para confirmar que el obstetra o ginecólogo forma parte del plan de salud de la red. Los servicios médicos de obstetricia o ginecología son independientes de los servicios de especialistas descritos a continuación en el apartado “Referencia a médicos especialistas”.

Referencias y autorizaciones previas

Una referencia es una solicitud de servicios de atención médica que generalmente no proporciona su PCP. Su PCP debe referirlo antes de que pueda recibir atención de especialistas, tales como especialistas en cirugía; ortopedia; cardiología; oncología; dermatología; y fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Se requiere autorización previa para algunos servicios dentro de la red y para todos los servicios fuera de la red que no sean servicios y atención de emergencia ni servicios de atención de urgencia. Para los servicios que no requieren autorización previa, su PCP hará la referencia al médico y no será necesario que obtenga una autorización previa. Visite CalOptima Health en www.caloptima.org para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa y aquellos servicios que no la requieren.

Existen diferentes tipos de solicitudes de referencia con diferentes plazos de procesamiento de autorización previa. Son los siguientes:

- Referencia de rutina o normal: no debe exceder los cinco (5) días hábiles.
- Referencia urgente: no debe exceder las 72 horas.
- Revisión concurrente: dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud.

Llame a CalOptima Health o a su plan de salud de la red al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud si no recibe una respuesta dentro de los plazos mencionados anteriormente.

Por ejemplo, los siguientes servicios no requieren autorización previa:

- Servicios y atención de emergencia (consulte “Servicios de emergencia y atención de urgencia” en esta sección “Cómo obtener atención” para obtener más información).
- Servicios de cuidado preventivo (incluidas las inmunizaciones).
- Servicios de obstetricia y ginecología dentro de la red.
- Servicios de atención de la salud sexual y reproductiva dentro de la red.
- Intervención en crisis de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Manejo de medicamentos para pacientes ambulatorios.
- Evaluación diagnóstica de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

Visite CalOptima Health en www.caloptima.org para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa y aquellos servicios que no la requieren.

Si los servicios que necesita no están disponibles a través de un proveedor de cuidado médico dentro de la red de CalOptima Health, es posible que sea referido a un proveedor de cuidado

médico fuera de la red de CalOptima Health. Todos los servicios de una referencia aprobada a un proveedor de cuidado médico fuera de la red estarán cubiertos con el mismo costo compartido que tendrían si los proporcionara un proveedor de cuidado médico dentro de la red. Dichas referencias se realizarán de manera oportuna, de acuerdo con los estándares definidos anteriormente.

Todos los servicios de atención médica que requieren autorización previa se revisan, aprueban o deniegan según la necesidad médica. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** si quiere obtener una copia de las políticas y los procedimientos que se usan para decidir si un servicio es médicamente necesario.

Referencias a médicos especialistas

Los especialistas son médicos con capacitación, conocimientos y práctica en una rama de medicina. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista en el corazón, quien cuenta con años de capacitación especial para tratar problemas cardíacos. Su PCP solicitará una autorización previa si considera que debe consultar a un especialista y el tipo de servicio requiere una autorización previa de CalOptima Health. Visite CalOptima Health en www.caloptima.org para obtener una lista completa de los servicios que requieren autorización previa y aquellos servicios que no la requieren.

Referencia a proveedores de cuidado médico que no son médicos

Usted puede recibir servicios de proveedores de cuidado médico que no son médicos y que trabajan en el consultorio de su PCP. Los proveedores de cuidado médico que no son médicos pueden incluir, entre otros, trabajadores sociales clínicos, terapeutas familiares, enfermeros especialistas titulados y asistentes médicos. Además, si requiere servicios de un proveedor de cuidado médico que no es médico y que no trabaja en el consultorio de su PCP, su PCP puede referirlo a un proveedor de cuidado médico que no es médico para que reciba los servicios y puede solicitar una autorización previa si el servicio la requiere de CalOptima Health. Consulte la lista completa de servicios que requieren autorización previa en nuestro sitio web www.caloptima.org.

Referencias permanentes

Usted puede tener una afección o enfermedad crónica, potencialmente mortal o incapacitante, como el VIH o SIDA, que requiera tratamiento a largo plazo. Si es así, es posible que necesite consultar a un especialista o a un proveedor de cuidado médico debidamente calificado durante un largo período de tiempo. Su PCP puede sugerir una referencia permanente, o usted puede solicitarla.

Una referencia permanente a un especialista o a un proveedor de cuidado médico debidamente calificado requiere autorización previa. Con una referencia permanente, no necesitará autorización cada vez que desee consultar al especialista o al proveedor de cuidado médico debidamente calificado. Puede solicitar una referencia permanente a un especialista que trabaje con su PCP o con un centro de atención especializada contratado.

El especialista o el proveedor de cuidado médico debidamente calificado desarrollará un plan de tratamiento para usted. El plan de tratamiento indicará con qué frecuencia necesita atención.

Una vez que se apruebe el plan de tratamiento, el especialista o el proveedor de cuidado médico debidamente calificado estará autorizado para brindar servicios de salud. El especialista o el proveedor de cuidado médico debidamente calificado brindará servicios de salud en su rama de especialización y capacitación, y según el plan de tratamiento.

Segundas opiniones

¿Qué es una segunda opinión?

Una segunda opinión es una consulta con otro médico cuando usted:

- Cuestiona un diagnóstico.
- No está de acuerdo con el plan de tratamiento del proveedor de cuidado médico tratante.
- Desea confirmar el plan de tratamiento.

La segunda opinión debe ser de un proveedor de cuidado médico debidamente calificado que forme parte de la red de CalOptima Health. Si no hay un proveedor de cuidado médico debidamente calificado en la red, CalOptima Health o su plan de salud de la red hará los arreglos necesarios para conseguir uno. Tiene derecho a solicitar y obtener una segunda opinión, y a recibir citas de rutina y urgentes estén disponibles dentro de los plazos establecidos.

¿Qué tiene que hacer?

Paso 1: Hable con su PCP o con CalOptima Health y hágales saber que le gustaría consultar a otro médico y el motivo.

Paso 2: Su PCP o CalOptima Health lo referirá a un proveedor de cuidado médico debidamente calificado.

Paso 3: Llame al médico que brindará la segunda opinión para programar una cita.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede presentar una queja ante CalOptima Health. Consulte el apartado “Quejas” en la sección “Resolución de disputas” para obtener más información.

Sus beneficios de farmacia

En esta sección se explica cómo funcionan sus beneficios de medicamentos con receta. Se indica qué medicamentos están cubiertos, cómo obtenerlos y qué debe hacer si necesita ayuda.

Su costo compartido por un medicamento con receta no excederá la tarifa real que paga CalOptima Health por el medicamento con receta. Una farmacia debe informarle en el punto de venta si el precio minorista del medicamento con receta es menor que el monto de su costo compartido aplicable, a menos que la farmacia le cobre automáticamente el precio más bajo. Si usted paga el precio minorista, la farmacia debe presentar el reclamo a CalOptima Health de la misma manera que si hubiera comprado el medicamento con receta pagando el monto del costo compartido. El pago que hacemos a la farmacia cubrirá el costo compartido aplicable y se aplicará a su deducible, si corresponde, y a su límite máximo de gastos de bolsillo de la misma manera que si hubiera comprado el medicamento con receta pagando el monto del costo

compartido, según lo exige la sección 4079 del Código de Negocios y Profesiones (Business and Professions Code).

¿Qué medicamentos están cubiertos?

CalOptima Health utiliza una lista aprobada de medicamentos llamada Lista de medicamentos aprobados para asegurarse de que los medicamentos con receta más adecuados, seguros y eficaces estén a su disposición. CalOptima Health cubre todos los medicamentos médicamente necesarios que figuran en la Lista de medicamentos aprobados si su médico u otro proveedor recetante indica que los necesita para mejorar o mantenerse saludable y usted surte la receta médica en una farmacia de la red de CalOptima Health.

Los medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos aprobados requieren que su médico u otro proveedor recetante obtenga una autorización previa antes de que usted surta la receta médica. Consulte el apartado “Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos aprobados” en la sección “Sus beneficios de farmacia”. La Lista de medicamentos aprobados se somete a la revisión y aprobación trimestral de un comité de médicos y farmacéuticos e incluye medicamentos genéricos, de marca y especializados cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta. En el caso de los medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos aprobados, el proveedor recetante debe obtener aprobación antes de que usted surta la receta médica. Puede consultar la Lista de medicamentos aprobados en el sitio web de CalOptima Health en **www.caloptima.org**.

La Lista de medicamentos aprobados puede cambiar durante el año. Si se retira un medicamento que usted toma de la lista, se traslada a un nivel de costo más alto o se le aplican mayores restricciones, CalOptima Health le dará al menos 60 días de aviso antes de que el cambio entre en vigencia. Durante este tiempo, puede seguir recibiendo su medicamento o pedir al plan que lo cubra mediante una excepción. Consulte el apartado “Cómo presentar una solicitud de excepción” en la sección “Sus beneficios de farmacia”.

Si se retira un medicamento de la Lista de medicamentos aprobados por razones de seguridad o debido a una advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), CalOptima Health puede retirarlo de inmediato. Le notificaremos tan pronto como sea posible y le ayudaremos a encontrar una opción segura.

Si existe un equivalente genérico de un medicamento de marca, CalOptima Health se asegurará de que usted quede sujeto al costo compartido más bajo que se aplicaría, independientemente de si tanto el equivalente genérico como el medicamento de marca están en la Lista de medicamentos aprobados. Consulte la sección 1342.73(a)(7) del Código de Salud y Seguridad (Health & Safety Code) de California.

Para obtener detalles sobre el costo compartido de medicamentos con receta o los requisitos de autorización previa, puede consultar la información en tiempo real en la Lista de medicamentos aprobados en línea de CalOptima Health, disponible en nuestro portal para miembros en <https://www.caloptima.org/ForMembers/MemberPortal.aspx>. También puede llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para solicitar

una copia de la Lista de medicamentos aprobados. Además, puede solicitar una copia de la Lista de medicamentos aprobados en su idioma o formato preferido, como letra grande o audio.

Qué cantidad de medicamento puede obtener

Puede recibir un suministro para hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento en las farmacias de la red de CalOptima Health, y pagar copagos o coseguros adicionales si se dispensa un suministro mayor a 30 días a la vez. Pídale a su médico que le extienda una receta médica para 90 días. Los medicamentos que receta su PCP o especialista deben surtirse en una farmacia de la red. Asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health cuando surta sus recetas médicas en la farmacia.

Cómo presentar una solicitud de excepción

Si su medicamento no está cubierto, se elimina de la Lista de medicamentos aprobados o tiene límites de cantidad, usted o su médico pueden solicitar una excepción. Esto significa que pueden pedirle a CalOptima Health que cubra el medicamento porque es medicamento necesario. Puede solicitar una decisión rápida si esperar podría perjudicar su salud. Puede llamar a Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para solicitar asistencia.

Red de farmacias

CalOptima Health trabaja con muchas farmacias. Estas se denominan farmacias de la red. Debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos. Si adquiere medicamentos en una farmacia fuera de la red, CalOptima Health rechazará el reclamo y no pagará ningún importe del costo de los medicamentos, a menos que sean para una situación de emergencia o de atención de urgencia.

Para una situación de emergencia o atención de urgencia, usted debe pagar la receta médica en su totalidad y luego enviar un formulario de reclamo para obtener un reembolso. Para recibir un reembolso, debe presentar un reclamo ante CalOptima Health. Llame a Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para solicitar asistencia.

Visite el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org para encontrar una farmacia de la red de CalOptima Health en su vecindario, o llame a Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para solicitar asistencia.

Medicamentos especializados

Algunos medicamentos están sujetos a restricciones de distribución o disponibilidad en farmacias, y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o el fabricante del medicamento requieren que se obtengan a través de una farmacia especializada. Estos medicamentos pueden requerir un manejo especial y ser procesados para un suministro de 30 días y enviados a usted por correo por una farmacia especializada que tenga contrato con CalOptima Health. Puede consultar la Lista de medicamentos aprobados en el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org o llamar a Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para obtener información sobre si un medicamento debe surtirse en una farmacia especializada.

Farmacia de pedido por correo

Una farmacia de pedido por correo es una farmacia de servicio completo de envío a domicilio que facilita la obtención de medicamentos. Si decide utilizarlo, se trata de un servicio gratuito. El servicio de pedido por correo le permite obtener todos sus medicamentos de mantenimiento al mismo tiempo, con un suministro para hasta 90 días. Los medicamentos de mantenimiento son fármacos que pueden ser necesarios para una afección de salud a largo plazo, como presión arterial alta o diabetes. La farmacia de pedido por correo entregará sus medicamentos en un paquete especial que organiza su medicación por fecha y hora. Para obtener más información sobre cómo configurar una cuenta de pedido por correo o surtir de nuevo una receta médica vigente, llame a la farmacia de pedido por correo SortPak al 1-877-570-7787 (TTY 711) o visite el sitio web de SortPak (www.sortpak.com) o el sitio web de CalOptima Health (www.caloptimahealth.org). Si decide utilizar el servicio de pedido por correo, se trata de un servicio opcional y gratuito.

Copagos o coseguros de farmacia

CalOptima Health cubre medicamentos genéricos, de marca y especializados. Usted es responsable de pagar un copago o coseguro por cada medicamento que surta en la farmacia. El monto del copago o coseguro depende de la categoría del medicamento o del nivel indicado en la Lista de medicamentos aprobados (por ejemplo: nivel 1, 2, 3, 4) y su plan de beneficios (por ejemplo: Gold, Silver o Bronze). Consulte el Resumen de beneficios para informarse sobre los copagos, coseguros, deducibles o el máximo de gastos de bolsillo que puedan aplicarse en la farmacia.

Inicie sesión en su cuenta de miembro en www.caloptima.org para verificar si es elegible para un medicamento con receta y obtener información sobre dicho medicamento, como por ejemplo:

- El estado del medicamento en la Lista de medicamentos aprobados y si existen restricciones o reglas especiales.
- Información sobre el costo compartido.
- Información de la farmacia.

Puede encontrar la Lista de medicamentos aprobados actualizada en el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org.

La Lista de medicamentos aprobados del beneficio de farmacia de CalOptima Health incluye, entre otros:

- medicamentos con receta aprobados
- límites de cantidad
- suministros para diabéticos: insulina, jeringas para insulina, tiritas de prueba, glucómetros, lancetas, monitores continuos de glucosa y suministros asociados
- EpiPens y Anakits
- espaciadores para inhaladores y dispositivos extensores
- medicamentos anticonceptivos de emergencia: puede obtener medicamentos anticonceptivos de emergencia sin costo a través de su médico o en una farmacia

con una receta de su médico. También puede obtener medicamentos anticonceptivos de emergencia de un farmacéutico certificado sin receta.

Para obtener información sobre las farmacias que ofrecen medicamentos anticonceptivos de emergencia de farmacéuticos certificados sin receta, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al 1-888-312-2221 (**TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas**).

- Los medicamentos anticonceptivos de emergencia también están cubiertos cuando los recibe como parte de servicios y atención de emergencia. Puede recibir servicios y atención de emergencia de médicos, hospitales, farmacias u otros profesionales de atención médica, independientemente de si tienen contrato con CalOptima Health o no.

Al surtir una receta médica, puede obtener un surtido parcial. Solo se le puede cobrar un copago completo por la receta completa. Si le cobraron dos veces (una por el surtido parcial y otra por el surtido completo), comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al 1-888-312-2221 (**TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas**) para recibir información sobre cómo obtener el reembolso del copago que pagó en exceso. Es posible que se le solicite que proporcione copias de los recibos de farmacia que muestren el pago de múltiples copagos por la receta.

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos aprobados

A veces, los proveedores de cuidado médico pueden recetar un medicamento que no está en la Lista de medicamentos aprobados. En este caso, el médico debe obtener la aprobación de CalOptima Health antes de que usted surta la receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que CalOptima Health no cubra el medicamento.

Para decidir si se cubrirá el medicamento no incluido en la Lista, CalOptima Health puede solicitar más información al médico que lo receta. CalOptima Health responderá al médico o farmacéutico dentro de las 24 horas para solicitudes urgentes o 72 horas para solicitudes estándares después de recibir la información médica solicitada.

Se considera que existen circunstancias urgentes cuando una afección médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la funcionalidad máxima, o cuando se está siguiendo un tratamiento en curso con un medicamento no incluido en la Lista. El médico o farmacéutico le informará si se aprueba el medicamento. Después de la aprobación, podrá obtener el medicamento en una farmacia de la red contratada; consulte el apartado “Red de farmacias”. Si se rechaza el medicamento no incluido en la Lista, tiene derecho a presentar una queja para apelar la decisión. Para obtener más información, consulte el apartado “Quejas” de la sección “Resolución de disputas”.

Si no está conforme con la decisión sobre la excepción de cobertura, tiene derecho a presentar una queja ante CalOptima Health para apelar la decisión o a presentar una queja ante tres (3) revisores diferentes:

- 1) CalOptima Health.
- 2) Un revisor externo.

- 3) Un revisor médico independiente del Departamento de Atención Administrada de la Salud. Para obtener más información, consulte el apartado “Quejas” de la sección “Resolución de disputas”.

CalOptima Health no prohibirá ni anulará una solicitud de excepción a la terapia por etapas, tal como se describe en la sección 1367.206(b) del Código de Salud y Seguridad.

Lista de medicamentos aprobados de CalOptima Health

Nuestra Lista de medicamentos aprobados incluye una lista de medicamentos genéricos y de marca aprobados por la FDA. Esta lista ayuda a los médicos o proveedores de cuidado médico a recetar medicamentos médicamente necesarios y rentables. La Lista de medicamentos aprobados detalla los requisitos o limitaciones que se aplican a medicamentos específicos, como el requisito de autorización previa, si existe un límite en la cantidad de medicamento que se puede dispensar o si debe probar otro medicamento de la lista antes de que se cubra el medicamento recetado. Los medicamentos que no figuran en la lista pueden tener cobertura si CalOptima Health los aprueba mediante el proceso de solicitud de excepción de la Lista de medicamentos aprobados. Consulte la sección “Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos aprobados” anterior. Un Comité de Farmacia y Terapéutica establece y mantiene la Lista de medicamentos aprobados de CalOptima Health. Este comité está integrado por médicos y farmacéuticos encargados de evaluar los medicamentos en cuanto a su seguridad relativa, eficacia, beneficios para la salud basados en la evidencia y costo comparativo. El comité también revisa los nuevos medicamentos, las formas de dosificación, el uso y los datos clínicos para actualizar la Lista de medicamentos aprobados cuatro veces al año.

Autorización previa

Algunos medicamentos con receta que figuran en la Lista de medicamentos aprobados de CalOptima Health requieren autorización previa antes de que reciban cobertura. La autorización previa es un proceso de revisión que se emplea para determinar si un medicamento recetado es médicamente necesario y garantizar que los miembros de CalOptima Health reciban la terapia farmacológica más adecuada, segura y rentable. Si su médico le recetó un medicamento de la Lista de medicamentos aprobados que requiere autorización previa, su médico deberá enviar el formulario 61-211 para solicitar la autorización previa. La solicitud de autorización previa se revisará una vez que se haya recibido la información enviada y se tomará una decisión con base en los criterios clínicos establecidos para ese medicamento específico.

Puede obtener una copia de la Lista de medicamentos aprobados de CalOptima Health en nuestro sitio web (www.caloptima.org) o llamando por teléfono a Servicios para Miembros de CalOptima Health al 1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas).

Límites de cantidad

Por su seguridad, CalOptima Health puede limitar la cantidad de ciertos medicamentos que puede obtener por receta o restringir la cantidad de veces que puede surtir de nuevo algunos medicamentos. Si su médico u otro proveedor recetante considera que la cantidad limitada no es suficiente para su afección médica, se puede solicitar una excepción a la regla de límites de cantidad.

Terapia por etapas

Algunos medicamentos tienen una regla especial llamada terapia por etapas. Esto significa que usted debe probar primero otro medicamento de la Lista de medicamentos aprobados antes de que se cubra el medicamento recetado. Si su médico u otro proveedor recetante considera que el primer medicamento no es adecuado para usted o es incompatible con una buena práctica profesional para la prestación de los beneficios cubiertos, se puede solicitar una excepción a la regla de terapia por etapas.

La terapia por etapas es el proceso que consiste en iniciar el tratamiento de una afección médica con medicamentos considerados de primera línea o que son más rentables, para luego pasar a medicamentos que constituyen la siguiente línea de tratamiento o que pueden ser menos rentables. Los requisitos de la terapia por etapas se basan en el modo en que la FDA recomienda que se use un medicamento, en las pautas de tratamiento reconocidas a nivel nacional, en estudios médicos y en el costo relativo. Si no se cumplen los requisitos de cobertura de la terapia por etapas para una receta y su proveedor considera que el medicamento es médicamente necesario, se puede recurrir al proceso de autorización previa y también se aplicarán los plazos descritos anteriormente.

Servicios de emergencia y atención de urgencia

Servicios de atención de urgencia

Una necesidad de atención de urgencia es aquella que requiere atención médica inmediata, pero que no constituye una afección médica de emergencia ni una afección médica psiquiátrica de emergencia. Muchos de los médicos de CalOptima Health tienen un horario de atención de urgencia por las noches y los fines de semana.

Estas son algunas afecciones habituales que pueden tratarse con atención de urgencia:

- catarro o resfriado/gripe
- vómitos/diarrea
- sarpullidos
- infecciones del tracto urinario
- dolor de oído/dolor de cabeza
- dolor de espalda
- torceduras/distensiones
- infecciones de la piel o los ojos
- sibilancias o tos
- dolor abdominal
- complicaciones imprevistas de una afección existente (incluidos los servicios médicamente necesarios relacionados con el embarazo para prevenir un deterioro grave de su salud o la de su bebé por nacer)

Cómo obtener atención de urgencia

No necesita el permiso de su PCP ni autorización previa para obtener servicios de atención de urgencia. Puede visitar cualquier centro de atención de urgencia dentro de la red de

CalOptima Health o el consultorio de su PCP, si ofrece servicios de atención de urgencia. Si lo desea, también puede pedirle a su PCP que le indique cómo solicitar atención de urgencia. Para ello, haga lo siguiente:

1. Llame a su PCP. Es posible que hable con un operador que responde las llamadas del consultorio de su PCP cuando está cerrado (es decir, después del horario laboral normal, los fines de semana o los días festivos).
2. Pida hablar con su PCP o con el médico de guardia. Un médico le devolverá la llamada. Si su PCP no está disponible, otro médico puede responder a su llamada. Hay un médico disponible por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y también los fines de semana y días festivos.
3. Infórmele sobre su afección y siga las instrucciones que le indiquen.

Atención de urgencia fuera del área

Si se encuentra fuera del condado de Orange, no necesita llamar a su PCP ni obtener una autorización previa antes de recibir servicios de atención de urgencia. Si necesita atención de urgencia debido a una enfermedad imprevista, una lesión o complicación imprevista de una afección preexistente (incluido el embarazo), cubriremos los servicios médicamente necesarios para prevenir un deterioro grave de su salud (o la de su bebé por nacer) que le brinde un proveedor de cuidado médico no participante si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Recibe beneficios cubiertos de un proveedor de cuidado médico no participante mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- El servicio es necesario para prevenir un deterioro grave de su salud generado por una enfermedad, lesión o complicación de una afección preexistente, incluido el embarazo, imprevista para la cual el tratamiento no puede posponerse hasta su regreso al área de servicio. Los servicios de atención de urgencia incluyen los servicios de maternidad necesarios para prevenir un deterioro grave de su salud o de la salud de su bebé por nacer, sobre la base de su creencia razonable de que padece una afección relacionada con el embarazo cuyo tratamiento no puede posponerse hasta su regreso al área de servicio.

Asegúrese de informar a su PCP sobre esta atención. Es posible que necesite atención de seguimiento de su PCP.

Servicios de telesalud

Las consultas de telesalud tienen como objetivo facilitarle la recepción de beneficios cubiertos cuando un proveedor de cuidado médico participante determina que esto es médicamente apropiado para su afección médica. Puede recibir beneficios cubiertos a través de una consulta de telesalud cuando este servicio esté disponible y siempre que dicho beneficio hubiera estado cubierto por esta Evidencia de cobertura si se hubiera prestado en persona. No es obligatorio que recurra a las consultas de telesalud y puede optar por recibir servicios en persona de un proveedor de cuidado médico participante en su lugar. Algunos proveedores de cuidado médico participantes pueden ofrecer beneficios cubiertos exclusivamente a través de una plataforma de tecnología de telesalud y no tener una ubicación física en la que usted pueda recibir beneficios cubiertos. Si recibe beneficios cubiertos de estos proveedores de cuidado

médico participantes, puede acceder a un registro de la consulta de telesalud y, a menos que se oponga, esta información se compartirá con su PCP.

El costo que debe pagar por una consulta de telesalud para obtener beneficios cubiertos no excederá el costo que debería pagar si recibiera los mismos servicios en persona de un proveedor de cuidado médico participante.

Cubrimos los siguientes tipos de consultas de telesalud con médicos de cuidado primario, especialistas que no son médicos y médicos especialistas:

- consultas interactivas por videollamada
- consultas telefónicas programadas

Citas virtuales con TeleMed2U

Con TeleMed2U, recibir apoyo para su bienestar mental es más sencillo que nunca. Reserve una videollamada o llamada telefónica confidencial con un proveedor de servicios de salud del comportamiento con licencia de TeleMed2U desde la comodidad de su hogar.

1. **Inicie sesión en el portal para miembros:** si tiene problemas para iniciar sesión, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al número gratuito **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. para obtener ayuda. La llamada es gratuita.
2. **Ingrese a la página web de consultas virtuales de salud del comportamiento:** en la página de inicio, busque Services (Servicios) y seleccione Behavioral Health Virtual Visits (Consultas virtuales de salud del comportamiento) en el menú desplegable en la parte superior derecha de la página. Esta página tiene más información sobre TeleMed2U, uno de los proveedores de servicios de salud del comportamiento de CalOptima Health.

Programe una cita: haga clic en Make an Appointment (Hacer una cita) para ir a el sitio web de TeleMed2U, seleccione Book an Appointment (Programar una cita) y complete el formulario de la cita. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, llame a TeleMed2U al [1-562-268-0955](tel:1-562-268-0955) o al número gratuito [1-844-585-9210](tel:1-844-585-9210).

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia, llame al **911** (si está disponible) o acuda al servicio de emergencias más cercano. No necesita una autorización previa para recibir servicios y atención de emergencia. No es necesario que llame a su médico antes de acudir a la sala de emergencias. No recurra a la sala de emergencias para la atención médica de rutina.

Cuando tenga una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia, cubrimos los servicios y la atención de emergencia que reciba de proveedores de cuidado médico en cualquier parte del mundo.

Los servicios y la atención de emergencia están disponibles en los hospitales participantes las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios y la atención de emergencia incluyen servicios de ambulancia, evaluación médica, exámenes y evaluación por parte de un médico o personal apropiado. Los servicios y la atención de emergencia incluyen servicios para tratar una afección médica de emergencia, incluido el trabajo de parto activo, o una afección médica psiquiátrica de emergencia.

Algunos ejemplos de emergencias son, entre otros:

- dificultad para respirar
- convulsiones
- sangrado abundante
- inconsciencia/desmayos (no se despierta)
- mucho dolor (incluido el dolor de pecho)
- ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- huesos rotos (fracturas)
- lesión en la cabeza
- lesión ocular
- pensamientos o acciones sobre hacerse daño a usted mismo o a alguien más

Qué hacer en caso de emergencia:

Si tiene una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana. Los servicios y la atención de emergencia están cubiertos en todo momento y lugar. Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, tendrá que pagar de su bolsillo los servicios y la atención de emergencia que haya recibido. CalOptima Health le reembolsará el monto máximo permitido.

Si está experimentando una crisis por un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, o tiene pensamientos de suicidio, llame o envíe un mensaje de texto al **988** o comuníquese por chat en <https://chat.988lifeline.org/>. La línea de ayuda 988 para situaciones de crisis y suicidio brinda apoyo confidencial las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a personas que atraviesan dificultades emocionales, crisis suicidas o relacionadas con el consumo de sustancias. La línea de ayuda 988 ofrece apoyo gratuito y confidencial para cualquier persona que atraviese una crisis. Comuníquese con consejeros de crisis capacitados, quienes lo escucharán, le brindarán apoyo emocional y lo pondrán en contacto con los recursos necesarios. Llame o envíe un mensaje de texto al 988 en cualquier momento. La cobertura incluye los servicios de atención de crisis de salud del comportamiento que brinda el centro de llamadas 988 y las referencias que este centro realiza a un equipo móvil de crisis u otro servicio de atención de crisis de salud del comportamiento. Los servicios de estabilización y atención en casos de crisis de salud del comportamiento que brinda el centro de llamadas 988, los equipos móviles de crisis u otros servicios de atención en casos de crisis de salud del comportamiento están cubiertos, independientemente de si el servicio lo presta un proveedor de cuidado médico dentro o fuera de la red.

Qué hacer si no está seguro de si tiene una emergencia:

Si no está seguro de si tiene una emergencia o requiere atención de urgencia, comuníquese con la línea de ayuda de enfermería de CalOptima Health al **1-844-447-8441** para acceder a servicios de triaje o evaluación inicial las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si la línea de ayuda de enfermería determina que debe ir a una sala de emergencias u obtener atención de urgencia, no necesita obtener la aprobación de su PCP o del médico de guardia para que CalOptima Health proporcione la cobertura.

Servicios posteriores a la estabilización y atención de seguimiento tras una emergencia

Una vez que su afección médica de emergencia o su afección médica psiquiátrica de emergencia se haya tratado en un hospital y ya no exista una situación de emergencia porque su estado se haya estabilizado, es posible que el médico que lo atiende le pida que permanezca en el hospital un tiempo más antes de que pueda salir de manera segura. Los servicios que usted recibe una vez que se ha estabilizado una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia se denominan “servicios posteriores a la estabilización”.

Si el hospital en el que recibió servicios y atención de emergencia no forma parte de la red de proveedores contratados de CalOptima Health (es decir, es un “**hospital no contratado**”), dicho hospital se comunicará con CalOptima Health para obtener la autorización previa que le permita permanecer en ese hospital no contratado. Si CalOptima Health aprueba la continuación de su estadía en el hospital no contratado, usted solo deberá pagar la parte de la estadía hospitalaria correspondiente al costo compartido del miembro, sujeta al deducible aplicable.

Sin embargo, tenga en cuenta que, si algún costo compartido se basa en un porcentaje de los cargos facturados, el costo suele ser más alto en los hospitales no contratados. Asegúrese de pedirle al hospital no contratado que le informe qué servicios y atención hemos autorizado, ya que no cubriremos la atención y los servicios posteriores a la estabilización prestados por un hospital no contratado o un proveedor de cuidado médico no participante que no hayamos autorizado, y es posible que tenga que pagar el costo total de esa atención.

Si CalOptima Health le ha notificado al hospital no contratado que usted puede ser trasladado de manera segura a uno de los Hospitales participantes de CalOptima Health, CalOptima Health se encargará de coordinar y pagar su traslado desde el hospital no contratado a un Hospital participante. Si CalOptima Health determina que usted puede ser trasladado de manera segura a un Hospital participante, y usted, su cónyuge o su tutor legal no están de acuerdo con el traslado, el hospital no contratado deberá entregarles a usted, a su cónyuge o a su tutor legal un aviso por escrito en el que se indique que usted deberá pagar la totalidad de los costos de los servicios posteriores a la estabilización que se le brinden en el hospital no contratado una vez que se haya estabilizado su afección médica de emergencia o su afección médica psiquiátrica de emergencia. Además, el hospital no contratado puede pedirle que pague de su bolsillo por los servicios si no logra averiguar cuál es su nombre y no puede obtener la información de contacto de CalOptima Health para solicitar la autorización para brindarle los servicios una vez que su estado se haya estabilizado. CalOptima Health cubrirá los servicios posteriores a la estabilización que sean médicamente necesarios cuando el hospital no contratado no pueda averiguar cuál es su nombre ni obtener la información de contacto de

CalOptima Health para solicitar la autorización. Si usted paga de su bolsillo por dichos servicios, puede enviar una solicitud de reembolso a CalOptima Health.

Si considera que se le facturó incorrectamente por servicios posteriores a la estabilización que recibió de un hospital no contratado, comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al 1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas).

Continuidad de la atención

Continuidad de la atención por parte de un proveedor de cuidado médico con contrato rescindido

Los miembros que estén recibiendo tratamiento por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedades terminales; o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o que hayan recibido autorización de un proveedor de cuidado médico con un contrato ahora rescindido para una cirugía u otro procedimiento como parte de un curso de tratamiento documentado pueden solicitar que se complete la atención en ciertas situaciones con un proveedor de cuidado médico cuyo contrato con CalOptima Health esté rescindido. Comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y asistencia para solicitar la continuidad de la atención de un proveedor de cuidado médico cuyo contrato esté rescindido. Es posible que se le exija pagar un copago, un deducible u otras tarifas de costos compartidos durante el período de atención hasta su finalización por parte de un proveedor de cuidado médico que ya no tiene contrato con CalOptima Health o un plan de salud de la red, pero estos no excederán los montos que usted pagaría si los servicios los hubiera prestado un proveedor de cuidado médico participante.

Continuidad de la atención para nuevos miembros por parte de proveedores de cuidado médico que no tienen contrato

Los miembros recién incorporados que estén recibiendo tratamiento por afecciones agudas, afecciones crónicas graves, embarazos (incluida la atención posparto inmediata) o enfermedades terminales; o que sean niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad; o que hayan recibido autorización de un proveedor de cuidado médico para una cirugía u otro procedimiento como parte de un tratamiento documentado; o cuya cobertura anterior fue cancelada por un plan en determinadas circunstancias; o cuya cobertura anterior se retiró del mercado pueden solicitar que se complete la atención en ciertas situaciones con un proveedor de cuidado médico que no tiene contrato que estuviera prestando servicios al miembro en el momento en que entró en vigencia la cobertura de CalOptima Health del miembro.

Comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** para recibir información sobre los criterios de elegibilidad y asistencia para solicitar la continuidad de la atención de un proveedor de cuidado médico que no tiene contrato. Es posible que se le exija pagar un copago, un deducible u otras tarifas de costos compartidos durante el período de atención hasta su finalización por parte un proveedor de cuidado médico que no tiene contrato con CalOptima Health.

Continuidad de la atención cuando recibe tratamiento para afecciones de salud mental materna

Si una persona está recibiendo tratamiento por un problema de salud mental materna de un proveedor de cuidado médico que no es un Proveedor participante debido a alguna de las siguientes razones:

- la persona se ha cambiado al plan de seguro médico de CalOptima Health y el proveedor de cuidado médico actual no forma parte de la red de CalOptima Health; o
- el proveedor de cuidado médico participante se retira de la red de CalOptima Health después de que la persona haya comenzado el tratamiento; CalOptima Health, previa solicitud, se encargará de que la persona continúe recibiendo los servicios del proveedor de cuidado médico actual por un máximo de 12 meses a partir de la fecha del diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde.

Resolución de disputas

Quejas

¿Qué debo hacer si no estoy conforme con mi servicio?

Si usted no está conforme con el servicio o la atención que recibió, o tiene algún problema o pregunta al respecto, háganoslo saber. Muchos problemas o inquietudes pueden resolverse rápidamente a través de nuestro Servicios para Miembros. Si aún no lo ha hecho, comuníquese primero con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**. No obstante ello, puede presentar una queja ante CalOptima Health en cualquier momento y no tiene que comunicarse con Servicios para Miembros de CalOptima Health antes de presentar una queja.

¿Qué es una queja?

Una queja es cualquier expresión de insatisfacción con respecto a CalOptima Health o a un proveedor de cuidado médico, incluidas las inquietudes sobre la calidad de la atención, que presenta un miembro o su representante autorizado. Una queja incluye cualquier reclamo, disputa, solicitud de reconsideración o apelación presentado por el miembro o su representante autorizado.

La queja puede realizarse por escrito o verbalmente. Usted tiene derecho a presentar una queja. Salvo en el caso de los reclamos relacionados con la calidad de la atención que se describen a continuación, debe presentar su queja dentro de los 180 días calendario a partir del día en que se sintió disconforme. Estos son algunos ejemplos de razones por las que podría presentar una queja:

- No está conforme con el servicio, la calidad de la atención o el tiempo que tardó en recibir atención de parte de su PCP, el plan de salud de la red de su PCP u otros proveedores de cuidado médico, como un hospital o una farmacia.
- No está conforme con el servicio o la atención que le brinda CalOptima Health.
- Cree que ha sufrido discriminación por parte de su PCP, el plan de salud de la red de su PCP, otro proveedor de cuidado médico, el personal o CalOptima Health.
- No está conforme con el tiempo que tomó recibir beneficios cubiertos, ya sea para conseguir una cita, en la sala de espera o en la sala de examinación.
- Recibió una notificación por escrito de denegación, retraso o modificación de un servicio o un medicamento que requiere autorización previa.
- Recibió una respuesta por escrito en la que se le negaba una segunda opinión o no respondimos a su solicitud de una segunda opinión con la rapidez que requería su afección.
- Le dijeron que los servicios no eran un beneficio cubierto, y usted cree que los servicios deberían estar cubiertos.
- Quiere que sigamos cubriendo un tratamiento en curso que ya está cubierto.
- Cancelamos, rescindimos, anulamos o no renovamos su membresía y no está de acuerdo con esa decisión.
- Rechazamos su solicitud de cobertura y no está de acuerdo con esa decisión.

Quejas formales sobre la calidad de la atención: puede presentar una queja formal sobre la calidad de la atención brindada por un proveedor de cuidado médico, incluidos sus médicos, hospitales, servicios de emergencias, centros de enfermería especializada, agencias de atención médica a domicilio y centros quirúrgicos ambulatorios. No hay una fecha límite específica para presentar una queja formal sobre la calidad de la atención a CalOptima Health. Las quejas formales sobre la calidad de la atención pueden incluir reclamos sobre la recepción de medicamentos incorrectos, cirugías innecesarias, errores de diagnóstico, atención inadecuada o diagnósticos erróneos.

Cómo presentar una queja

Hay muchas maneras de presentar una queja. Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones:

- Escribir o llamar a CalOptima Health, o acudir a sus oficinas. También puede presentar una queja en línea en inglés o en español a través del sitio web de CalOptima Health: www.caloptima.org.
- Comunicarse con CalOptima Health como se indica a continuación si necesita un formulario de queja en un idioma que no sea español o inglés, o en otro formato (como letra grande o audio).
CalOptima Health
Servicios para Miembros
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)
www.caloptima.org
- Llenar un formulario de queja en el consultorio de su médico.

CalOptima Health puede ayudarle a llenar el formulario de queja por teléfono o en persona. Si necesita servicios de interpretación, haremos todo lo posible para asegurarnos de poder comunicarnos con usted en el idioma que prefiera. Los miembros con problemas de audición o del habla pueden llamar al número de teléfono TTY de Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

En un plazo de cinco (5) días calendario a partir de la recepción de su queja, recibirá una carta de CalOptima Health en la que le informaremos que recibimos su queja y la estamos procesando. Luego, dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su queja, CalOptima Health le enviará una carta en la que se explicará cómo se resolvió.

Presentar una queja no afecta sus beneficios médicos. Si presenta una queja relacionada con un servicio médico, es posible que pueda seguir recibiendo ese servicio mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre cómo seguir recibiendo un servicio médico, llame a CalOptima Health.

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

Si no recibe noticias de CalOptima Health dentro de 30 días calendario o no está de acuerdo con la decisión sobre su queja, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja

ante el DMHC, consulte el apartado “Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)” en esta sección “Resolución de disputas”.

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

Si cree que CalOptima Health ha denegado, cambiado o retrasado por error un servicio de atención médica porque se determinó que no era médicamente necesario, puede presentar una queja. Esto se conoce como un servicio de atención médica en disputa.

Dentro de los cinco (5) días calendario posteriores a la recepción de su queja, recibirá una carta de CalOptima Health en la se indique que recibimos su queja y la estamos procesando. En la carta también se le informará el nombre de la persona que está trabajando en su queja. Luego, dentro de 30 días calendario, recibirá una carta en la que se explicará cómo se resolvió la queja.

Presentar una queja no afecta sus beneficios médicos. Si presenta una queja, es posible que pueda seguir recibiendo el servicio mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre cómo seguir recibiendo un servicio médico, llame a CalOptima Health.

Qué hacer si no está de acuerdo con el resultado de una queja que presentó por servicios de atención médica denegados o retrasados por no ser médicamente necesarios

Si no recibe noticias de CalOptima Health dentro de 30 días calendario o no está de acuerdo con la decisión sobre su queja, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte el apartado “Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)” en esta sección “Resolución de disputas”.

Cómo presentar una queja urgente

Si quiere que examinemos su queja con carácter urgente, indíquelo al presentar la queja. A veces, “urgente” se denomina “apremiante”. Si existen circunstancias apremiantes, su queja se revisará según los procedimientos urgentes descritos en esta sección. Si determinamos que su queja no es urgente, aplicaremos el procedimiento descrito anteriormente en “Cómo presentar una queja”.

Una queja urgente es una queja que implica una amenaza inminente y grave para la salud mental o física de un miembro. Se considera que existe una queja urgente cuando hay una amenaza inminente y grave para su salud, lo cual incluye, entre otros:

- dolor intenso
- posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante
- peligro grave para su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima

Puede solicitar una “revisión acelerada” de su queja. Recibirá una llamada sobre su queja dentro de las 24 horas. CalOptima Health tomará una decisión dentro de los tres (3) días calendario a partir del día en que se recibió su queja urgente.

Tiene derecho a presentar una queja urgente ante el DMHC sin presentar una queja ante CalOptima Health. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte el apartado “Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)” en esta sección “Resolución de disputas”.

Qué hacer si no está de acuerdo con el resultado de una queja que presentó para casos urgentes

Si no recibe noticias de CalOptima Health dentro de tres (3) días calendario o no está de acuerdo con la decisión sobre la queja que presentó, puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC). Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte el apartado “Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC)” en esta sección “Resolución de disputas”.

Cómo presentar una queja para apelar una decisión de autorización previa de medicamentos con receta

Si no está de acuerdo con el resultado de una decisión de excepción de cobertura, usted, su representante o su proveedor de cuidado médico tienen derecho a presentar una queja para apelar la decisión. Usted, su representante o su proveedor de cuidado médico también pueden solicitar que un revisor externo vuelva a evaluar la solicitud de excepción de cobertura a través de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). Usted, su representante o su proveedor de cuidado médico también pueden solicitar que el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) vuelva a evaluar la decisión de excepción de cobertura a través de una Revisión médica independiente. Consulte el apartado “Revisión médica independiente” en esta sección “Resolución de disputas”. Recibirá información sobre cómo presentar una queja para apelar la decisión, solicitar una revisión externa o solicitar una Revisión médica independiente con su carta de denegación.

Mediación voluntaria

Puede solicitar una mediación voluntaria antes de ejercer su derecho a presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. El uso de la mediación voluntaria no le impide presentar una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud una vez finalizada la mediación. Para iniciar la mediación, usted o un agente que actúe en su nombre y CalOptima Health deben acordar primero la mediación. Los gastos de la mediación correrán a cargo de ambas partes en proporciones iguales.

Revisión médica independiente

Puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) al DMHC. Tiene hasta seis (6) meses a partir de la fecha de la denegación para solicitar una IMR. Recibirá información sobre cómo presentar una IMR con su carta de denegación. Las cartas de resolución de queja también incluyen información sobre cómo solicitar una IMR, y se adjuntará a la carta de resolución de la queja una copia del formulario de solicitud de IMR y un sobre dirigido al DMHC. Puede comunicarse con el DMHC gratuitamente al (1-888-466-2219) y a la línea TDD (1-877-688-9891).

La IMR no tiene costo. Tiene derecho a proporcionar información para respaldar su solicitud de una IMR. Después de enviar la solicitud de IMR, una decisión de no participar en el proceso de IMR puede hacer que usted pierda ciertos derechos legales para emprender acciones legales contra nosotros.

Cuándo solicitar una Revisión médica independiente

Puede solicitar una IMR si cumple con los siguientes requisitos:

- Su médico dice que usted necesita un servicio de atención médica porque es médicamente necesario y este se deniega.
- Recibió servicios y atención de emergencia o atención de urgencia de un proveedor de cuidado médico que determinó que los servicios eran médicamente necesarios y fueron negados.
- Consultó a un médico de la red para el diagnóstico o tratamiento de la afección médica, incluso si los servicios de atención médica no fueron recomendados.
- CalOptima Health deniega, modifica o retrasa el servicio de atención médica basándose total o parcialmente en una decisión de que el servicio de atención médica no es médicamente necesario.
- Presentó una queja ante CalOptima Health y la atención médica sigue siendo negada, modificada o retrasada o la queja permanece sin resolución después de 30 días.

La disputa se enviará a un especialista médico del DMHC si es elegible para una IMR. El especialista tomará una decisión independiente sobre si la atención es médicamente necesaria o no. Usted recibirá una copia de la decisión de la IMR del DMHC. Si se decide que el servicio es médicamente necesario, CalOptima Health proporcionará el servicio de atención médica.

Casos no urgentes

Para los casos no urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse dentro de 30 días. El período de 30 días comienza cuando el DMHC recibe su solicitud y todos los documentos.

Casos urgentes

Si su queja es urgente y requiere una revisión rápida, puede informarlo al DMHC de inmediato. No se le exigirá que participe en el proceso de quejas de CalOptima Health.

Para los casos urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse dentro de tres (3) días calendario a partir del momento en que se recibe la información.

Estos son ejemplos de casos urgentes:

- dolor intenso
- posible pérdida de la vida, de una extremidad o de una función corporal importante
- deterioro inmediato y grave de su salud

Revisión médica independiente para la denegación de Servicios experimentales o Servicios de investigación

También puede tener derecho a una IMR a través del Departamento de Atención Administrada de la Salud cuando negamos la cobertura de un tratamiento que hemos determinado que es experimental o de investigación.

- Le notificaremos por escrito la oportunidad de solicitar una IMR de una decisión que deniega un servicio experimental o un servicio de investigación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la decisión de negar la cobertura.
- No se requiere que participe en el proceso de quejas de CalOptima Health antes de solicitar una IMR de nuestra decisión de negar la cobertura de un Servicio experimental o un servicio de investigación.
- Si un médico indica que la terapia propuesta sería significativamente menos efectiva si no se inicia rápidamente, la decisión de la IMR se emitirá dentro de los siete (7) días posteriores a la presentación completa de una solicitud de revisión acelerada.

Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud

El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud a CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** y recurrir al proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Usar este proceso para presentar una queja no le quita ningún posible derecho legal o recurso que pudiera tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Además, es posible que califique para una Revisión médica independiente (IMR).

Si califica para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos de carácter experimental o de investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidades auditivas y del habla. El sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

El proceso de quejas de CalOptima Health y el proceso de revisión de quejas formales del DMHC se suman a cualquier otro proceso de resolución de disputas al que usted pueda tener acceso, y el hecho de que no inicie, agote o participe en dichos procesos no le impide recurrir a cualquier otro recurso previsto por la ley. El miembro puede presentar un reclamo ante el DMHC antes de iniciar un arbitraje.

CalOptima Health le brindará servicios de interpretación si habla un idioma que no es el inglés. Puede usar los números TTY gratuitos que aparecen en la sección **“Cómo presentar una queja”**

si tiene sordera o dificultades auditivas. Con su consentimiento por escrito, su médico también puede presentar una queja para apelar en su nombre.

Quejas formales ante la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que un proveedor de cuidado médico participante o nosotros lo hemos discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluyendo la aplicación de estereotipos de sexo e identidad de género) o religión, puede presentar una queja formal ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, **OCR**) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Puede presentar su queja formal ante la OCR dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que crea que ocurrió el acto de discriminación. Sin embargo, la OCR puede aceptar su solicitud después de seis (6) meses si determina que hubo circunstancias impidieron la presentación oportuna. Para obtener más información sobre la OCR y cómo presentar una queja formal ante la OCR, visite <https://www.hhs.gov/civil-rights/index.html>.

Arbitraje vinculante

PARA TODOS LAS QUEJAS FORMALES SUJETAS A ESTA SECCIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE, TANTO CALOPTIMA HEALTH COMO EL MIEMBRO RENUNCIAN AL DERECHO A UN JUICIO ANTE UN TRIBUNAL O JURADO Y ACEPTAN EL USO DE ARBITRAJE VINCULANTE. EN LA MEDIDA EN QUE ESTA SECCIÓN DE ARBITRAJE VINCULANTE SE APLIQUE A LAS QUEJAS FORMALES QUE CALOPTIMA HEALTH PRESENTE, SE APLICARÁ RETROACTIVAMENTE A TODAS LAS QUEJAS FORMALES NO RESUELTAS QUE SE HAYAN ACUMULADO ANTES DE LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA. DICHA APLICACIÓN RETROACTIVA SERÁ VINCULANTE ÚNICAMENTE PARA CALOPTIMA HEALTH.

Alcance del arbitraje

Sujeto a la Ley de Reclamos Gubernamentales de California (Código de Gobierno de California, sección 900 *et seq.*) que rige los reclamos contra entidades públicas, cualquier disputa se someterá a arbitraje vinculante en lugar de a un juicio ante un tribunal o jurado si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- La queja formal surge de o está relacionado con una supuesta violación de cualquier deber inherente a esta Evidencia de cobertura o a la relación de un miembro con CalOptima Health, o que se desprenda de ellas. Esto incluye cualquier queja formal por negligencia médica u hospitalaria (una queja formal de que los servicios o artículos médicos fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente); por responsabilidad por el estado de las instalaciones; o relacionado con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de las teorías legales sobre las cuales se base la queja formal.
- Uno o más miembros presentan la queja formal contra CalOptima Health o sus funcionarios, directores o empleados (agentes de CalOptima Health) en cuanto al ejercicio de sus funciones en relación uno o más miembros.
- La ley vigente no prohíbe el arbitraje vinculante para resolver la queja formal.

Los miembros inscritos en virtud de esta Evidencia de cobertura renuncian a su derecho a un juicio ante un tribunal o jurado y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje vinculante. Sin embargo, los siguientes tipos de quejas formales no están sujetos al arbitraje vinculante:

- Quejas formales dentro de la jurisdicción del Tribunal de Reclamos Menores.
- Quejas formales que no pueden estar sujetos a arbitraje vinculante según la ley vigente.

Para los fines de este apartado “Arbitraje vinculante”, el concepto de miembro incluye lo siguiente:

- un miembro
- un heredero, pariente o representante personal de un miembro.
- cualquier persona que afirme que le corresponde una obligación derivada de la relación de un miembro con CalOptima Health o con uno o varios agentes de CalOptima Health

Inicio del arbitraje

El arbitraje se iniciará mediante la presentación de una demanda de arbitraje a la parte contra quien se presenta la queja formal. La demanda de arbitraje deberá incluir el fundamento de la queja formal; el monto solicitado por los daños; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de la persona que presenta la queja formal (denominada reclamante) y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los demandados. La demanda de arbitraje deberá incluir todos los reclamos que se basen en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Presentación de la demanda de arbitraje

La demanda contra CalOptima Health deberá enviarse a la siguiente dirección:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Se considerará que la presentación se ha completado cuando se reciba.

Reglas de procedimiento

Judicial Arbitration and Mediation Services (**JAMS**) llevará a cabo el arbitraje de acuerdo con las reglas y procedimientos integrales vigentes en ese momento para JAMS o cualquier otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito.

Las partes se esforzarán por acordar mutuamente el nombramiento del árbitro o los árbitros de la siguiente manera:

- Si la demanda de arbitraje reclama daños totales de \$200,000 o menos, un solo árbitro neutral escuchará y resolverá la disputa, a menos que las partes acuerden por escrito lo contrario después de que haya surgido una disputa y se haya presentado una solicitud de arbitraje vinculante, en cuyo caso dos árbitros designados por las partes y un árbitro neutral escucharán el arbitraje. El árbitro neutral no tendrá autoridad para otorgar daños monetarios superiores a \$200,000.
- Si la demanda de arbitraje reclama daños totales superiores a \$200,000, un árbitro neutral y dos árbitros designados por las partes escucharán y resolverán la disputa;

todos los reclamantes designarán conjuntamente a un árbitro, y todos los demandados designarán conjuntamente al otro. Las partes que tienen derecho a elegir un árbitro de parte pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un solo árbitro neutral escuchará el arbitraje.

Si las partes no pueden ponerse de acuerdo sobre los árbitros dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se reciba el aviso de inicio del arbitraje, se usarán los procedimientos de nombramiento de árbitros de las reglas y procedimientos integrales de JAMS.

Los árbitros celebrarán una audiencia dentro de un plazo razonable a partir de la fecha del aviso de la selección del árbitro neutral.

Las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo en el condado en el que vive el miembro o en cualquier otro lugar que las partes acuerden por escrito. En dicho arbitraje, la práctica de la prueba civil podrá llevarse a cabo de conformidad con las secciones 1280 a 1294.2 del Código de Procedimiento Civil de California (Code of Civil Procedure). Los árbitros designados estarán facultados para controlar el calendario, el alcance y la forma en que se lleve a cabo la práctica de la prueba, y tendrán, además, las mismas facultades que un tribunal de la ley estatal de California para hacer cumplir las obligaciones respectivas de las partes en materia de prueba, incluyendo, entre otros aspectos, la imposición de sanciones. El árbitro tendrá la facultad de conceder todos los recursos de acuerdo con la ley aplicable y conforme a cualquier limitación que se especifique en ella.

Decisión de arbitraje

Los árbitros prepararán por escrito un laudo que indique la parte o partes prevalecientes, así como el monto y otros términos pertinentes del laudo, y que incluya las razones legales y fácticas de la decisión. El requisito de arbitraje vinculante no impedirá que una parte procure obtener una orden de restricción temporal o una medida cautelar preliminar u otros recursos provisionales de un tribunal con jurisdicción; sin embargo, todos y cada uno de los demás reclamos o causas de acción, incluyendo, entre otros, aquellos que reclaman daños y perjuicios, estarán sujetos a arbitraje vinculante según lo dispuesto en el presente documento.

Pago de los honorarios y gastos del árbitro

Las partes dividirán por igual los costos y gastos del arbitraje. En casos de dificultades extremas, CalOptima Health puede asumir la totalidad o una porción de la parte de los honorarios y gastos del arbitraje que le corresponde al miembro, siempre que el miembro presente una solicitud de dificultades a JAMS. La solicitud de dificultades se realizará del modo y con la información y cualquier documentación que requiera JAMS. JAMS (y no el árbitro neutral asignado para escuchar el caso) determinará si se aprueba la solicitud de dificultades del miembro.

Otros costos

Excepto por los honorarios especificados en el apartado “Pago de los honorarios y gastos del árbitro” anterior, cada parte correrá con los honorarios de sus propios abogados y testigos y con otros gastos que se hayan pagado al interponer o defenderse de una queja formal, independientemente de la naturaleza o el resultado del arbitraje.

Notificación de la decisión del arbitraje o acuerdo de conciliación

Ningún aspecto de una decisión de arbitraje (o acuerdo de conciliación) prohibirá o restringirá al miembro hablar de los hechos subyacentes, los resultados, los términos y las condiciones de la decisión (o acuerdo de conciliación), o informar de estos, al Departamento de Atención Administrada de la Salud. La decisión de arbitraje o el acuerdo de conciliación incluirá esta declaración requerida.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de una decisión de arbitraje por escrito o a la celebración de un acuerdo de conciliación, CalOptima Health proporcionará una copia de la decisión de arbitraje completa al Departamento de Atención Administrada de la Salud. CalOptima Health proporcionará copias de las decisiones de arbitraje redactadas según lo requiera el Departamento de Atención Administrada de la Salud con una frecuencia trimestral.

Para los fines de esta sección, un **Acuerdo de conciliación** se interpretará de manera amplia para incluir cualquier documento escrito que resuelva una disputa entre CalOptima Health y un miembro actual o anterior, en el que la naturaleza de la disputa se relacione con servicios, beneficios, tratamiento u otros derechos y obligaciones creados conforme al contrato de cobertura de atención médica entre el miembro y CalOptima Health, e incluye los acuerdos alcanzados en, entre otros procedimientos, una mediación, un arbitraje u otro proceso alternativo de resolución de disputas o cualquier demanda civil.

Elegibilidad e inscripción

Requisitos para la elegibilidad de los miembros

A fin de ser elegible para participar en CalOptima Health y tener derecho a los beneficios, usted y sus dependientes deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, según lo determinado por Covered California, incluidos los que se enumeran a continuación:

- ser residentes legales de California
- residir en el condado de Orange durante todo el período de elegibilidad

¿Cuál es la diferencia entre un suscriptor y un dependiente inscrito?

Si bien todos los suscriptores y dependientes inscritos son miembros, existe una diferencia entre un suscriptor y un dependiente inscrito. Un suscriptor es el miembro principal que está inscrito en CalOptima Health después de que Covered California determinara que es elegible. El suscriptor paga las primas mensuales a CalOptima Health por la cobertura de atención médica para sí mismo y para cualquier dependiente inscrito. Un dependiente inscrito es alguien, como un hijo, cuyo estatus de dependiente con respecto al suscriptor le permite al dependiente inscrito ser miembro de CalOptima Health.

¿Por qué señalar la diferencia?

Porque los suscriptores a menudo tienen responsabilidades especiales, que incluyen compartir las actualizaciones de beneficios con cualquier dependiente inscrito. Los suscriptores también tienen responsabilidades especiales que se señalan a lo largo de este documento. Si usted es un suscriptor o un dependiente inscrito, preste atención a cualquier instrucción que se le brinde específicamente.

Cobertura para dependientes

Si usted es suscriptor, las siguientes personas son elegibles para inscribirse como dependientes inscritos:

- Su cónyuge.
- Sus hijos dependientes o los de su cónyuge que cumplan con los requisitos de límite de edad para hijos dependientes que se especifican a continuación. Los hijos incluyen:
 - hijos biológicos;
 - hijastros;
 - hijos adoptivos;
 - hijos colocados con usted para adopción;
 - niños bajo crianza temporal si usted o su cónyuge tienen la autoridad legal para coordinar su atención;
 - hijos de los que usted o su cónyuge son el tutor designado por el tribunal (o lo eran cuando el niño cumplió 18 años).
- Un padre/madre o padrastro/madrastra que cumple con la definición de pariente calificado bajo la sección 152(d) del título 26 del Código de los Estados Unidos (United States Code) y que vive o reside dentro del área de servicio de CalOptima Health.

Límite de edad de los hijos dependientes

Cada hijo es elegible para la inscripción como dependiente inscrito hasta la edad de 26 años. Un hijo dependiente inscrito que cumple 26 años durante un año de beneficios puede seguir siendo miembro como dependiente inscrito hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura para un hijo dependiente inscrito terminará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente inscrito deje de ser elegible.

Un hijo dependiente inscrito de 26 años o más puede continuar recibiendo beneficios como dependiente inscrito si el hijo cumple con ambos de los siguientes criterios:

1. Es incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una lesión, enfermedad o afección física o mental incapacitante.
2. Depende principalmente del suscriptor para su sustento y manutención.

Período anual de inscripción abierta

El período anual de inscripción abierta comienza el 1.º de noviembre de cada año y continúa hasta el 31 de enero del año siguiente. Todas las personas elegibles pueden solicitar una nueva inscripción o reinscripción durante el período anual de inscripción abierta.

Para las inscripciones recibidas desde el 1.º de noviembre hasta el 31 de diciembre, la cobertura comenzará el 1.º de enero. Para las inscripciones recibidas desde el 1.º de enero hasta el 31 de enero, la cobertura comenzará el 1.º de febrero.

Durante el período de inscripción abierta, los miembros actuales pueden agregar dependientes elegibles; informar cambios en el tamaño de su hogar, ingresos u otra información pertinente; y renovar o realizar cambios en su cobertura existente actualizando su solicitud con Covered California. Para participar en la inscripción abierta, puede ingresar a **www.coveredca.com**, llamar a Covered California al **1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)** o llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Si usted es un miembro actual y no renueva ni realiza cambios en su cobertura, esta se renovará automáticamente para el próximo año, sujeto al pago de su prima. La renovación se basará en la información más reciente sobre el tamaño del hogar y los ingresos que usted proporcionó a Covered California. Si su plan actual ya no se ofrece, Covered California lo inscribirá automáticamente a usted y a sus dependientes inscritos en un plan similar.

Fecha de inicio de la cobertura

Solo Covered California puede aprobar las solicitudes de cobertura y la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La cobertura para los nuevos miembros no entra en vigor hasta que CalOptima Health recibe el pago de la prima inicial que hace efectiva la cobertura.

El suscriptor puede enviar el pago de la prima inicial tras completarse con éxito la solicitud de Covered California o esperar a recibir una factura de CalOptima Health. Después de que se apruebe la solicitud y CalOptima Health reciba la prima inicial, recibirá un paquete de bienvenida para nuevos miembros y una tarjeta de ID de miembro de CalOptima Health Covered California en el que se indican las fechas de entrada en vigor de la cobertura. Los

pagos de la prima después del mes inicial deben hacerse pagaderos a CalOptima Health a la dirección que figura en la factura mensual.

Cambio en la elegibilidad

Si cualquier información que usted proporcionó en la solicitud que presentó a Covered California cambia durante el año, debe notificar a Covered California dentro de los 30 días. Los cambios pueden afectar su elegibilidad para la cobertura y cualquier asistencia o subsidio relacionados con la prima. Informe todos los cambios en el nivel de ingresos, cambios en el tamaño del hogar, cambios de dirección, cambios en el estado de ciudadanía y residencia legal, pérdida u obtención de seguro médico patrocinado por el empleador y otros cambios de índole demográfica. Puede notificar a Covered California sobre cualquier cambio llamando al **1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500)** o iniciando sesión en su cuenta en línea. También puede enviar avisos por correo a Covered California a: Covered California, P.O. Box 989725, West Sacramento, CA 95798.

Covered California es responsable de realizar todas las determinaciones de elegibilidad de cobertura, incluida la elegibilidad para Créditos tributarios anticipados para las primas y Reducciones de costos compartidos. CalOptima Health no procesará ningún cambio en su estado de elegibilidad hasta que reciba la confirmación de Covered California.

Inscripción especial

Si no se inscribe durante el período de inscripción abierta o cuando es elegible por primera vez y desea inscribirse más adelante, solo puede hacerlo si se vuelve elegible porque ha experimentado ciertos eventos que califican, según lo especificado por Covered California. Usted es elegible para inscribirse en este plan dentro de los 60 días posteriores a un evento que califica. Visite www.coveredca.com o www.caloptima.org para obtener más información sobre la inscripción especial o llame a Covered California al **1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Un evento que califica incluye, entre otros, lo siguiente:

- Pérdida de cobertura en un plan con cobertura esencial mínima (sin incluir la terminación voluntaria).
- Usted estaba inscrito en un plan de salud que no seguía el año calendario y que expiró o expirará, incluso si existe una opción para renovar la cobertura.
- Pérdida de cobertura por necesidad médica o relacionada con el embarazo bajo Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria).
- Usted acaba de convertirse en ciudadano o nacional de Estados Unidos, o en una persona no ciudadana que se encuentra legalmente en Estados Unidos.
- Quedó en libertad tras haber estado encarcelado.
- Usted obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados (Qualified Health plans, QHP) debido a una mudanza de carácter permanente.
- Usted obtuvo o se convirtió en un dependiente a través de matrimonio, pareja de hecho, nacimiento, adopción, colocación en adopción, colocación en crianza temporal o una orden judicial estatal o federal válida.
- Usted perdió, o ya no se le considera, un dependiente debido a divorcio, separación legal, disolución de una pareja de hecho o fallecimiento.

- Usted no se inscribió durante el período anual de inscripción abierta porque recibió información errónea de que su plan existente proporcionaba una cobertura esencial mínima.
- Falta de inscripción durante el período anual de inscripción abierta debido a un error, tergiversación, mala conducta o inacción por parte de un agente de Exchange o de un tercero que brinda asistencia para la inscripción.
- El QHP en el que usted está inscrito actualmente ha infringido sustancialmente una disposición importante del contrato del plan.
- Usted es miembro de las fuerzas de reserva de las fuerzas armadas de los Estados Unidos que regresa del servicio activo o miembro de la Guardia Nacional de California que regresa del servicio activo bajo el título 32 del Código de los Estados Unidos.
- Usted obtiene o mantiene el estatus de nativo de Alaska o miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal (elegible para inscribirse en una cobertura en cualquier momento del año y para cambiar de QHP una vez al mes).
- Usted es víctima de abuso doméstico o abandono conyugal, tiene una cobertura esencial mínima y desea inscribirse en una cobertura separada del perpetrador del abuso o abandono. Los dependientes de la víctima, que están en la misma solicitud que la víctima, son elegibles para inscribirse al mismo tiempo que la víctima.
- Covered California determinó que usted era potencialmente elegible para Medi-Cal y que no reunía los requisitos para dicha cobertura, ya sea después de que finalizó el período de inscripción abierta o más de 60 días después del evento que califica.
- Usted no se inscribió porque estaba esperando que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos verificara su ciudadanía como nacional o su presencia legal en los Estados Unidos.
- Usted solicitó la cobertura de Medi-Cal durante el período anual de inscripción abierta y se determinó que no reunía los requisitos para Medi-Cal después de finalizada la inscripción abierta.
- Usted obtuvo acceso recientemente a un Acuerdo de reembolso de gastos de salud con cobertura individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) o a un Acuerdo de reembolso de gastos de salud para pequeñas empresas que califican (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA) y no está inscrito en el ICHRA ni tiene cobertura del QSEHRA.
- Usted se volvió elegible recientemente o dejó de ser elegible recientemente para Créditos tributarios anticipados para las primas, o se produjo un cambio en la elegibilidad para las Reducciones de costos compartidos.
- Usted estaba inscrito en la cobertura de continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) y las contribuciones del empleador o del gobierno para dicha cobertura cesaron por completo.
- Usted no recibió un aviso oportuno sobre un evento que activó su elegibilidad para un período de inscripción especial.
- Usted estaba recibiendo servicios de un proveedor contratado bajo otro plan de beneficios de salud por una de las afecciones descritas en la sección 1373.96(c) del Código de Salud y Seguridad y ese proveedor ya no participa en el plan de beneficios de salud.

Períodos de inscripción especial para dependientes recién incorporados

El suscriptor puede inscribir a estos dependientes recién incorporados:

- Un cónyuge: si usted es el suscriptor y contrae matrimonio mientras está cubierto por este plan, puede solicitar la inscripción de su nuevo cónyuge (y los hijos elegibles de su cónyuge) dentro de los 60 días posteriores a la fecha de matrimonio enviando una nueva solicitud de inscripción a Covered California. Si su cónyuge es elegible y se acepta su cobertura, la cobertura comienza en la fecha indicada en el Aviso de aceptación.
- Una pareja de hecho: si usted es el suscriptor y establece una pareja de hecho mientras está cubierto por este plan, puede solicitar la inscripción de su nueva pareja de hecho (y sus hijos elegibles) dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se presente una declaración de pareja de hecho ante el secretario de estado. Si su pareja de hecho es elegible y se acepta su cobertura, la cobertura comienza en la fecha indicada en el Aviso de aceptación. Para los fines de esta Evidencia de cobertura, el término cónyuge incluye a la pareja de hecho.
- Un recién nacido: un hijo recién nacido del suscriptor o su cónyuge estará cubierto automáticamente durante 31 días (incluida la fecha de nacimiento). Para mantener la inscripción después de los 31 días iniciales, debe inscribir al recién nacido en Covered California y pagar las primas correspondientes dentro de los 31 días posteriores al nacimiento. Si no inscribe al niño dentro de los 31 días (incluyendo la fecha de nacimiento), su hijo será elegible para inscribirse durante un período de inscripción especial dentro de los 60 días a partir de la fecha de nacimiento.
- Un niño adoptado: un niño recién adoptado o un niño que está siendo adoptado se vuelve elegible en la fecha de la adopción o en la fecha de colocación para la adopción, según lo solicite el padre adoptivo. La cobertura comienza automáticamente y continuará durante 30 días a partir de la fecha de elegibilidad. Debe inscribir al niño dentro de los 31 días para que la cobertura continúe más allá de los primeros 30 días. Para ello, debe inscribirlo en Covered California y pagar las primas correspondientes. Si no inscribe al niño dentro de los 31 días de la adopción/colocación, su hijo será elegible para inscribirse durante un período de inscripción especial dentro de los 60 días a partir de la fecha de la colocación para la adopción.
- Una persona bajo su tutela legal en virtud de una orden judicial: si el suscriptor o el cónyuge del suscriptor debe, en virtud de una orden judicial estatal o federal válida, proporcionar cobertura a un menor de edad, o se convierte en el tutor legal de un niño, el niño es elegible para la inscripción a partir de la fecha de entrada en vigor de la orden judicial. El suscriptor debe inscribir al niño en Covered California y pagar cualquier prima aplicable dentro de los 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la orden judicial. Una vez que Covered California apruebe la inscripción del niño, Covered California proporcionará la cobertura de acuerdo con los requisitos de la orden judicial.

Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** si tiene preguntas sobre los períodos de inscripción especial y los eventos que califican.

Separación legal, anulación o decreto final de disolución de matrimonio/pareja de hecho

A la medianoche del último día del mes de una separación legal, anulación o ingreso del decreto final de disolución de matrimonio o pareja de hecho, un cónyuge ya no será un dependiente inscrito elegible. Los hijos del cónyuge que no sean también hijos naturales o legalmente adoptados del suscriptor también dejarán de ser dependientes inscritos elegibles.

Reinscripción

Si usted finaliza su cobertura o la de un dependiente inscrito, puede solicitar la reinscripción, conforme a los requisitos de elegibilidad descritos anteriormente.

Proceso de solicitud

Para solicitar la inscripción en CalOptima Health, las personas pueden comunicarse con CalOptima Health, Covered California o una de las muchas entidades de asistencia certificadas en el condado de Orange (hay lista completa publicada en el sitio web de Covered California en www.coveredca.com). Las personas también pueden completar una solicitud electrónica en www.coveredca.com sin asistencia.

Elegibilidad para Créditos tributarios y Reducciones de costos compartidos

Covered California usa una solicitud única para determinar su elegibilidad e inscripción en este plan de CalOptima Health y evaluar si usted califica para recibir asistencia financiera que puede reducir el costo de su seguro médico. Hay dos nuevos tipos de programas disponibles a partir de 2014:

1. Créditos tributarios: reducirán el costo de su prima mensual.
2. Reducciones de costos compartidos: reducirán sus gastos de bolsillo.

Estos programas están disponibles para personas y familias que cumplen con ciertos requisitos de ingresos y no tienen acceso a otro seguro asequible. Comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** o con Covered California al **1-888-975-1142 (TTY 1-888-889-4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)** para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad de estos programas.

Elegibilidad para un plan para situaciones catastróficas

Las personas menores de 30 años de edad califican para inscribirse en un plan para situaciones catastróficas, también conocido como plan de cobertura mínima. Un plan para situaciones catastróficas es un tipo de plan de salud con deducible alto que está diseñado para brindar cobertura en el peor de los casos, pero ofrece una cobertura mínima para la atención de rutina además de cuidado preventivo. Las personas mayores de 30 años pueden comprar una cobertura para situaciones catastróficas si solicitan una exención por asequibilidad o dificultades económicas generales a través de Covered California, y se aprueba esa solicitud. Los planes de cobertura mínima no califican para créditos tributarios destinados a reducir la prima mensual.

Reglas especiales que rigen a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska

De acuerdo con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (American Indians and Alaskan Natives, AI/AN) que sean miembros de

tribus reconocidas a nivel federal o accionistas de corporaciones de la Ley de Resolución de Reclamos de Nativos de Alaska (Alaska Native Claims Settlement Act, ANCSA), según lo determine Covered California, pueden inscribirse en un plan de Covered California en cualquier momento y cambiar de plan hasta una vez al mes. Los miembros AI/AN elegibles también pueden calificar para planes de beneficios sin obligación de costos compartidos para los beneficios de salud esenciales.

Los miembros AI/AN elegibles con ingresos superiores al 300 % del nivel federal de pobreza pueden inscribirse en un plan de costo compartido limitado (limited Cost Share plan), que no tiene costos compartidos en los beneficios de salud esenciales si un proveedor de cuidado médico participante brinda los servicios y ese proveedor de cuidado médico participante también es un proveedor de cuidado médico del Servicio de Salud Indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana, o mediante una referencia bajo servicios de salud por contrato.

Los miembros AI/AN con ingresos inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza pueden inscribirse en el plan sin costo compartido (no Cost Sharing), que no tiene costos compartidos en los beneficios de salud esenciales si un proveedor de cuidado médico participante brinda esos servicios o si los servicios son prestados por el Servicio de Salud Indígena, una tribu indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana. A fin de calificar para este beneficio, debe proporcionar la documentación adecuada a Covered California. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** o a Covered California al **1-888-975-1142 (TTY 1-888-889-4500, si tiene sordera o dificultades auditivas)** si desea obtener más información sobre este programa.

Covered California realizará todas las determinaciones de elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud y los niveles de subsidio, incluidos los Créditos tributarios anticipados para las primas y los subsidios de costos compartidos. CalOptima Health procesará cualquier cambio en el estado de elegibilidad de un miembro, incluyendo la terminación, el cambio de plan y el nivel de subsidio, solo después de la confirmación de Covered California.

Informe de todos los cambios en el nivel de ingresos, el tamaño del hogar, la dirección, el estado de ciudadanía y residencia legal, la pérdida u obtención de seguro médico patrocinado por el empleador y otros cambios demográficos a Covered California al **1-800-300-1506 (TTY/TDD 1-888-889-4500 si tiene sordera o dificultades auditivas)**. Estos cambios ayudarán a volver a determinar su elegibilidad y el monto de la asistencia para primas o el subsidio para el que califica.

Responsabilidades de pago

¿Qué son las primas (tarifas de prepago)?

Las primas son tarifas mensuales que un suscriptor paga para cubrir los costos básicos del paquete de atención médica para sí mismo y para cualquier dependiente inscrito. El suscriptor debe pagar las primas del plan de salud directamente a CalOptima Health cuando venzan. Algunos miembros pueden acceder a una cobertura del 100 % de las primas por subsidios y no están obligados a realizar el pago mensual de una prima.

Pago

El suscriptor es responsable del pago de la totalidad de las primas adeudadas conforme al plan. Los montos totales de las primas adeudadas a CalOptima Health se basan en (a) la cantidad de miembros inscritos; (b) el plan de beneficios que eligió (Silver, Gold, etc.); (c) la edad del miembro y dónde reside; (d) el monto de su crédito tributario (esto depende de su nivel de ingresos). Consulte la aprobación de su elegibilidad de Covered California o la factura de la prima de CalOptima Health para ver el monto total de la prima que debe pagar cada mes. Tenga en cuenta que los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid requieren que al menos \$1 del monto total de su prima sea un pago separado para servicios de aborto no contemplados en la Enmienda Hyde. Este monto separado debe formar parte de la prima que usted paga y no puede provenir de ningún subsidio federal (Crédito tributario anticipado para las primas) que usted pueda recibir. Todos los miembros reciben actualmente un crédito para primas de California de \$1, independientemente del nivel de ingresos. Los servicios de aborto que no estén contemplados en la Enmienda Hyde incluyen abortos que no son resultado de violación, incesto o amenaza a la vida de la madre. Los servicios de aborto que no están contemplados en la Enmienda Hyde tienen una prima de \$0, ya que están cubiertos por el crédito para primas de California. Estos fondos separados (o diferenciados) se mantienen en una cuenta independiente y se utilizan únicamente para pagar los servicios de aborto que reciben nuestros miembros. Todos los años, CalOptima Health debe informar al estado de California el monto total de los fondos en la cuenta al final de cada año y el monto total de los reclamos por aborto pagados de la cuenta durante el año a fin de garantizar que no se utilicen fondos federales para pagar abortos.

Durante cada mes de cobertura, las primas deben pagarse directamente a CalOptima Health.

La primera prima (denominada pago inicial) debe pagarse el día de entrada en vigor de esta Evidencia de cobertura o antes. Todas las primas posteriores se expiran en la fecha de vencimiento del pago de la prima.

Puede pagar las primas mediante cualquiera de estas opciones de pago: deducción automática mensual de una cuenta corriente personal, cheque personal, cheque de caja, giro postal, tarjeta de débito o tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada de uso general o dinero en efectivo.

Los pagos realizados mediante cheque en papel, cheque de caja o giro postal deben enviarse por correo postal a la siguiente dirección:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Los pagos realizados en efectivo también pueden hacerse en persona en la oficina de CalOptima Health de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.:

CalOptima Health
500 City Parkway West
Orange, CA 92868

Para realizar un pago por teléfono, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

CalOptima Health puede cambiar los montos de las primas siempre y cuando le envíe un aviso por escrito al suscriptor al menos 10 días antes del inicio del período anual de inscripción abierta o al menos 60 días antes de la fecha de vigencia de la renovación, lo que ocurra primero en el año calendario. Si la cobertura del plan se termina por cualquier motivo, el suscriptor sigue siendo responsable de todas las primas adeudadas antes de la fecha de vigencia de la terminación.

Período de gracia de 30 días

Si el suscriptor no paga una prima antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima, CalOptima Health enviará un aviso de inicio del período de gracia en el que se detalla: (a) el monto de la prima pendiente que debe pagarse en su totalidad para evitar la terminación de la cobertura, incluidos los montos adeudados por mes si se debe más de un mes; (b) la fecha del último día de cobertura pagada; (c) los nombres de todos los miembros afectados por el aviso (no se aplica a un suscriptor o dependiente inscrito que reciba Créditos tributarios anticipados para las primas, como se describe a continuación); (d) la fecha de inicio y la fecha de finalización del período de gracia; y (e) una declaración que explica las consecuencias de perder la cobertura por falta de pago de las primas, incluida la responsabilidad financiera por el pago de los reclamos incurridos y las obligaciones del suscriptor.

El período de gracia comenzará el primer día después del último día de cobertura pagada y continuará durante 30 días consecutivos. Si no se recibe el pago completo de las primas pendientes antes de que finalice el período de gracia de 30 días, CalOptima Health dará la cobertura por terminada y le enviará un aviso de finalización de cobertura como se describe a continuación. La fecha de vigencia de la terminación será el último día de cobertura que se establezca en el período de gracia.

Período de gracia de tres meses

Si el suscriptor o cualquier dependiente inscrito recibe Créditos tributarios anticipados para las primas, el suscriptor tendrá un período de gracia de tres meses consecutivos, en lugar de un período de gracia de 30 días, para pagar cualquier prima pendiente antes de que se termine la cobertura.

CalOptima Health pagará todos los reclamos correspondientes a los beneficios cubiertos que se le hayan prestado durante el primer mes del período de gracia. La cobertura se suspenderá durante el segundo y tercer mes del período de gracia y CalOptima Health denegará todos los reclamos pendientes por servicios prestados después del primer mes del período de gracia.

Si el suscriptor paga el monto total de las primas adeudadas antes del final del período de gracia de tres meses, la cobertura que se suspendió se restablecerá y CalOptima Health procesará los reclamos pendientes por beneficios cubiertos prestados por proveedores de cuidado médico en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Si el suscriptor no paga el monto total de las primas pendientes antes del final del período de gracia de tres meses, CalOptima Health dará su cobertura por terminada. Su último día de cobertura será el último día del primer mes del período de gracia de tres meses y cualquier reclamo pendiente por servicios prestados después del último día de cobertura será denegado. Si CalOptima Health rechaza un reclamo de un proveedor de cuidado médico, este podría enviarle la factura a usted y el pago pasaría a ser su responsabilidad.

CalOptima Health le enviará por correo postal un aviso de finalización de la cobertura dentro de los cinco (5) días calendario a partir de la fecha de terminación. En el aviso se indicará la fecha de entrada en vigor de la terminación; las razones de la terminación; los nombres de todos los miembros afectados por el aviso; un aviso de su derecho a presentar una queja para apelar la decisión; la información de contacto de un representante de CalOptima Health que pueda brindar información sobre cómo obtener una cobertura nueva o restablecer la cobertura anterior; y cualquier aviso requerido conforme a la sección 1366.50 del Código de Salud y Seguridad con respecto a la posible elegibilidad para un seguro médico a través de Medi-Cal.

Prueba de cobertura

Muestre su tarjeta de ID de miembro al médico, en la farmacia, el hospital o a otro proveedor de cuidado médico cuando solicite atención. Su tarjeta de ID de miembro contiene información que los proveedores de cuidado médico necesitan para asegurarse de que su atención esté cubierta. No proporcionar su tarjeta de ID de miembro al solicitar atención puede ocasionar errores de facturación.

¿Qué son los copagos (otros cargos)?

Además de la prima mensual, podría ser responsable de pagar un cargo cuando reciba un beneficio cubierto. Este cargo se denomina costo compartido, puede ser un copago o coseguro y se describe en el Resumen de beneficios. Si revisa su Resumen de beneficios, verá que el monto del copago o coseguro depende del servicio que reciba. Siempre debe disponer de los medios para pagar el copago o coseguro en una consulta a su PCP, especialista o cualquier otro proveedor de cuidado médico.

Aviso: No se requieren copagos para servicios de cuidado preventivo, cuidado prenatal o consultas previas a la concepción. El cuidado preventivo incluye lo siguiente, entre otros servicios:

- inmunizaciones infantiles en el consultorio de su médico

- inmunizaciones para adultos en el consultorio de su médico o en una farmacia de la red de CalOptima Health
- consultas de control para niños sanos

Consulte el apartado “Servicios de cuidado preventivo” en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura para obtener más información sobre cuáles son los servicios cubiertos sin costo o llame a nuestro Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Costo compartido

Reglas generales, ejemplos y excepciones

El costo compartido es el monto que debe pagar por un beneficio cubierto, por ejemplo: el deducible, el copago o el coseguro. Su costo compartido por los beneficios cubiertos será el costo compartido vigente en la fecha en que reciba los servicios; durante su examen de diagnóstico, su proveedor de cuidado médico confirma una excepción de la siguiente manera:

- Si recibe servicios cubiertos como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada en la fecha de vigencia de esta Evidencia de cobertura, usted paga el costo compartido vigente en la fecha de su admisión hasta que le den el alta si los servicios estaban cubiertos por su plan de salud anterior y no hubo interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los servicios no estaban cubiertos por su plan de salud anterior o si hubo una interrupción en la cobertura, usted pagará el costo compartido vigente en la fecha en que recibe los servicios.
- Para artículos pedidos por adelantado, usted pagará el costo compartido vigente en la fecha del pedido (aunque no cubriremos el artículo, a menos que todavía tenga cobertura para dicho artículo en la fecha en que lo reciba) y es posible que se le solicite pagar el costo compartido cuando se pide el artículo. En el caso de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de recibir toda la información que necesita para surtir el grupo de recetas médicas.

Recepción de una factura

En la mayoría de los casos, le pediremos que realice un pago para cubrir su costo compartido al momento de registrarse. Tenga en cuenta que es posible que este pago cubra solo una parte del costo compartido total por los beneficios cubiertos que reciba. El proveedor de cuidado médico que le preste el servicio le enviará una factura por cualquier monto de costo compartido adicional que se adeude. Los siguientes son ejemplos de casos en que podría recibir una factura:

- Recibe servicios durante una consulta que no estaban programados cuando realizó el pago al registrarse. Por ejemplo, si tiene programado recibir tratamiento para una afección existente, al registrarse, le pediremos que pague el costo compartido que se aplica a estos servicios. Si, durante la consulta, el proveedor de cuidado médico detecta otro problema de salud, el Proveedor podría brindar o solicitar servicios adicionales no programados, como pruebas de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico. Es posible que deba pagar montos de costo compartido por separado por cada uno de estos servicios adicionales no programados, además del monto del

costo compartido que pagó al momento de registrarse para el tratamiento de su afección existente.

- Recibe servicios de un segundo proveedor de cuidado médico durante la consulta que no estaban programados cuando realizó el pago al registrarse. Por ejemplo, si tiene programado recibir un examen de diagnóstico, al registrarse, le pediremos que pague el costo compartido que se aplica a estos servicios. Si, durante el examen de diagnóstico, su proveedor de cuidado médico confirma que tiene un problema de salud, el Proveedor podría solicitar la asistencia de otro proveedor de cuidado médico para proporcionar servicios adicionales no programados (como un procedimiento ambulatorio). Es posible que deba pagar montos de costo compartido por separado por los servicios no programados del segundo proveedor de cuidado médico, además del monto de costo compartido que pagó al momento de registrarse para el examen de diagnóstico.
- Si acude a una cita de cuidado preventivo y recibe servicios no preventivos durante la consulta que no estaban programados cuando realizó el pago al registrarse. Por ejemplo, si tiene un examen de mantenimiento físico de rutina, al momento de registrarse le pediremos que pague el costo compartido que se aplica a estos servicios (el costo compartido puede ser “sin cargo”). Si, durante el examen de mantenimiento físico de rutina, el proveedor de cuidado médico detecta un problema de salud, el Proveedor puede solicitar servicios no preventivos para diagnosticar el problema (como pruebas de laboratorio). Es posible que deba pagar montos de costo compartido por separado por los servicios no preventivos que se proporcionen para diagnosticar el problema, además del monto de costo compartido que pagó al momento de registrarse para el examen de mantenimiento físico de rutina.
- Si recibe beneficios cubiertos en un centro de salud dentro de la red de CalOptima Health, pero se los proporciona un proveedor de cuidado médico individual fuera de nuestra red: su costo compartido por los beneficios cubiertos que reciba fuera de la red de CalOptima Health no excederá el costo compartido que pagaría por los mismos beneficios cubiertos recibidos dentro de la red de CalOptima Health.

Deducible anual

El deducible anual es el monto que usted debe pagar durante el año calendario por ciertos beneficios cubiertos antes de que CalOptima Health cubra esos servicios aplicando el monto de copago o coseguro correspondiente en ese año calendario. El deducible se basa en las tarifas que CalOptima Health acuerde por contrato con sus proveedores de cuidado médico participantes, y se aplica a ciertas categorías de servicios según se define en el Resumen de beneficios. Un miembro que tiene dependientes inscritos debe cubrir primero el monto del deducible individual más bajo, pero los deducibles pagados por cada uno de los dependientes inscritos se suman para alcanzar el deducible familiar para todos los miembros de la familia. Por ejemplo, si el deducible para una persona es de \$2,000 y el deducible para una familia de dos integrantes o más es de \$4,000, y si usted gastó \$2,000 en servicios sujetos al deducible, entonces no tendrá que pagar ningún costo compartido durante el resto del año calendario. Sin embargo, sus dependientes inscritos tendrán que seguir pagando los costos compartidos durante el año calendario hasta que su familia alcance el deducible familiar de \$4,000.

Máximo anual de gastos de bolsillo (MOOP)

El máximo anual de gastos de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) es el monto más alto que usted o su familia (si tiene dependientes inscritos que reciben cobertura de salud) deben pagar durante un año de beneficios. El año de beneficios para los miembros de CalOptima Health comienza el 1.º de enero y termina el 31 de diciembre. Consulte el Resumen de beneficios para conocer cuál es el máximo de gastos de bolsillo correspondiente a sus gastos médicos.

Pagos que se acumulan para el máximo

Cualquier pago de costos compartidos que realice por servicios dentro de la red, incluidos los montos por cargos aplicados a su deducible, se acumulan para el máximo anual de gastos de bolsillo. Cualquier monto que pague por beneficios cubiertos sujetos al deducible también se aplica al máximo anual de gastos de bolsillo.

Seguimiento de su deducible y del máximo de gastos de bolsillo

CalOptima Health llevará un registro de los cargos que se acumulan para su deducible y el máximo anual de gastos de bolsillo. Le proporcionaremos el saldo de cada uno de estos conceptos para cada mes en el que haya utilizado beneficios hasta que el saldo anual sea igual al monto total del deducible o al total del máximo anual de gastos de bolsillo. También puede solicitar los saldos acumulados para el deducible y el máximo anual de gastos de bolsillo a CalOptima Health en cualquier momento. CalOptima Health le enviará estas actualizaciones por correo postal, a menos que haya optado por no recibir avisos en papel. Para solicitar información sobre el saldo acumulado en cualquier momento u optar por no recibir las actualizaciones por correo postal, comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221** o **acceda a su cuenta del portal para miembros de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/ForMembers/MemberPortal.aspx>**.

Puede volver a optar por recibir avisos en papel en cualquier momento. También puede acceder a su Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) y al certificado de límite máximo a través del portal para miembros. CalOptima Health hará todo lo posible para garantizar que la información sea precisa y oportuna, pero puede haber retrasos en la notificación de consultas y pagos por parte de su proveedor de cuidado médico que pueden afectar la información sobre la acumulación neta. A modo de registro, le pedimos que solicite y guarde todos los recibos de los pagos que realice a sus proveedores de cuidado médico por beneficios cubiertos.

Terminación de los beneficios

Su inscripción en CalOptima Health se dará de baja por las razones que se indican a continuación, y la cobertura de beneficios finalizará en la fecha de la terminación:

- El suscriptor no paga las primas antes de la Fecha de vencimiento del pago de la prima.
- El miembro se muda fuera del condado de Orange.
- El miembro solicita la cancelación de membresía de Covered California. La solicitud debe hacerse a Covered California. Si el miembro desea que la cobertura termine antes del plazo del contrato, debe enviar un aviso con al menos 14 días de anticipación.

Evidencia de cobertura de CalOptima Health Covered

- El miembro solicita la transferencia a otro plan de salud calificado (Qualified Health plan, QHP).
- Covered California notifica a CalOptima Health que el miembro ya no cumple con los requisitos de residencia legal de California.
- Covered California notifica a CalOptima Health que el miembro ya no califica para recibir un plan de beneficios QHP.
- El contrato o el plan de salud de CalOptima Health con Covered California se da por finalizado.
- El miembro fallece.

Si un miembro recibe servicios después de la terminación del contrato (esta Evidencia de cobertura), entonces el miembro es responsable del pago de cualquier servicio que reciba después de la terminación, incluidos los servicios que reciban miembros hospitalizados o en tratamiento por una afección en curso en la fecha en que termine el contrato (esta Evidencia de cobertura). Consulte la sección “Responsabilidades de pago” de este documento para conocer los períodos de gracia vigentes.

Solicitud de terminación mediante aviso por escrito

CalOptima Health puede solicitar que Covered California dé su cobertura por terminada mediante un aviso por escrito por las siguientes razones:

- Fraude o engaño al obtener, o intentar obtener, beneficios de este plan.
- Permitir a sabiendas el fraude o engaño por parte de otra persona en relación con este plan; por ejemplo, entre otros, permitir que otra persona reciba beneficios de este plan o solicitar indebidamente un pago de CalOptima Health por los beneficios proporcionados.

La cancelación de la cobertura conforme a esta sección entrará en vigor cuando se envíe el aviso de terminación al miembro por correo postal. En ninguna circunstancia se dará por terminada la cobertura de un miembro debido a su estado de salud o a su necesidad de recibir servicios de atención médica. Cualquier miembro que considere que su inscripción fue cancelada debido a su estado de salud o a sus necesidades de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de la terminación ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) de California.

Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicios para Miembros al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Terminación debido al retiro de este plan de beneficios:

CalOptima Health puede terminar este plan de beneficios. En ese caso, se le dará un aviso por escrito con 90 días de antelación y se le ofrecerá la oportunidad de inscribirse en cualquier otro plan de beneficios individual y familiar sin tener en cuenta factores relacionados con el estado de salud.

Aviso de terminación por escrito

Cuando se envíe un aviso de terminación o de no renovación por escrito al miembro de conformidad con esta sección, deberá estar fechado y dirigido a la última dirección conocida del miembro y contener la siguiente información:

- a. La causa de la terminación o no renovación con referencia específica a la sección de esta *Evidencia de cobertura* que da lugar al derecho de terminación o no renovación.
- b. Aclaración de que la causa de la terminación o no renovación no fue el estado de salud del miembro ni sus necesidades de servicios de atención médica.
- c. La fecha y la hora de vigencia de la terminación o no renovación.
- d. No obstante lo dispuesto en el procedimiento de Quejas de los miembros de esta Evidencia de cobertura, si un miembro considera que su membresía en el plan fue terminada debido a su estado de salud o a sus necesidades de servicios de atención médica, puede solicitar una revisión ante el director del Departamento de Atención Administrada de la Salud del estado de California.

Aviso: Si CalOptima Health termina la inscripción de un miembro, el envío del aviso a la última dirección conocida del miembro será suficiente.

Restablecimiento de la cobertura

Si se termina su inscripción por falta de pago de las primas, puede llamar a CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711)** para solicitar el restablecimiento de su póliza cancelada, siempre que realice la solicitud dentro del plazo de un mes a partir del final del período de gracia federal o del período de gracia de 30 días, según corresponda. De lo contrario, no será elegible para volver a inscribirse en la cobertura de seguro médico hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que se produzca un evento de vida específico que le permita inscribirse durante un período de inscripción especial.

Cancelación de membresía y terminación

Si desea cancelar su membresía de CalOptima Health, comuníquese con Covered California al **1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500 si tiene sordera o dificultades auditivas)**, inicie sesión en su solicitud en www.coveredca.com o comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**. Debe dar un aviso con una antelación de al menos catorce días antes del final del plazo contractual. Si cancela su membresía de manera voluntaria y ha realizado pagos anticipados de primas, podría calificar para recibir un reembolso. CalOptima Health calculará cualquier pago en exceso y le devolverá el monto correspondiente. A fin de facilitar el proceso de reembolso, comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)** para solicitar un reembolso.

Beneficios cubiertos

El plan cubre todos los servicios básicos de atención médica médicamente necesarios, incluidos todos los siguientes:

- servicios médicos, incluidas consultas y referencias
- servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y servicios de atención ambulatoria
- servicios de diagnóstico, laboratorio y servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico
- servicios de salud en el hogar
- servicios de atención médica preventiva
- servicios y atención de emergencia, incluidos los servicios de ambulancia y el transporte en ambulancia
- servicios y cobertura fuera del área
- cuidados paliativos

En el resto de esta sección (“Beneficios cubiertos”), encontrará más detalles sobre los servicios cubiertos sujetos a la sección “Exclusiones y limitaciones”.

Consulte el *Resumen de beneficios* para obtener información sobre el costo compartido de los miembros.

Servicios de ambulancia

Situación de emergencia

El plan cubre los servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta de emergencia 911 donde esté disponible) en las siguientes situaciones:

- Usted consideró de manera fundamentada que la afección médica era una afección médica de emergencia o una afección médica psiquiátrica de emergencia que requería servicios de ambulancia.
- O bien, su médico tratante determina que necesita el traslado a otro centro porque su afección médica de emergencia o afección médica psiquiátrica de emergencia no está estabilizada y la atención que necesita no está disponible en el centro de salud tratante.

Situación que no es de emergencia

Dentro del área de servicio de CalOptima Health, el plan cubre servicios de ambulancia y camioneta de transporte psiquiátrico que no sean de emergencia si su afección requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada (o camioneta de transporte psiquiátrico) puede proporcionar y el uso de otros medios de transporte pondría en peligro su salud. Estos servicios están cubiertos solo cuando el vehículo lo transporta hacia o desde el sitio de prestación de beneficios cubiertos.

Cirugía bariátrica

El plan cubre la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluidos el alojamiento y la comida, los estudios de imágenes, las pruebas de laboratorio, los procedimientos especiales y los servicios de médicos participantes) cuando se realizan para tratar la obesidad mediante la modificación del tracto gastrointestinal a fin de reducir la ingesta y absorción de nutrientes, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- Usted completa el programa preparatorio educativo prequirúrgico aprobado por el plan de salud de la red con respecto a los cambios en el estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un proveedor de cuidado médico dentro de la red, que es especialista en atención bariátrica, determina que la cirugía es médicamente necesaria.

Si usted vive a 50 millas o más del centro al que se le refiere para una cirugía bariátrica cubierta, el plan le reembolsará los gastos razonables de viaje y alojamiento si recibe una autorización previa de nuestra parte para esos gastos y nos envía la documentación adecuada, incluidos los recibos. Sin embargo, el plan no le reembolsará ningún gasto de viaje o alojamiento si se le ofreció una referencia a un centro ubicado a menos de 50 millas de su hogar.

Cobertura para servicios relacionados con la cirugía bariátrica descrita en otras secciones

- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”).

Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista

Los siguientes términos tienen un significado especial cuando se escriben con mayúscula inicial y se utilizan en este apartado (“Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista”):

- **“Proveedor calificado de servicios de autismo”** se refiere a un proveedor de cuidado médico que tiene la experiencia y la competencia para diseñar, supervisar, proporcionar o administrar el tratamiento para el trastorno del espectro autista y es cualquiera de los siguientes:
 - Una persona, entidad o grupo certificado por una entidad nacional (como la Junta de Certificación de Analistas de Comportamiento) que tiene acreditación de la Comisión Nacional de Agencias Certificadoras.
 - Una persona con licencia en California para ejercer como médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar, psicólogo educativo, trabajador social clínico, consejero clínico profesional, patólogo del habla y el lenguaje o audiólogo.
- **“Profesional calificado de servicios de autismo”** se refiere a una persona que cumple con todos los siguientes criterios:
 - Brinda tratamiento de salud del comportamiento.

- Se encuentra en relación laboral y de supervisión con un Proveedor calificado de servicios de autismo.
- Brinda tratamiento conforme a un plan de tratamiento que haya desarrollado y aprobado el Proveedor calificado de servicios de autismo.
- Es un proveedor de cuidado médico para tratamientos de salud del comportamiento con aprobación como proveedor por parte de un centro regional de California para brindar servicios como analista de comportamiento asociado, analista de comportamiento, asistente de gestión de comportamiento, consultor de gestión de comportamiento o programa de gestión de comportamiento, según se define en la sección 54342 del título 17 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations).
- Tiene capacitación y experiencia en la prestación de servicios para el trastorno del espectro autista de conformidad con la División 4.5 (que comienza con la sección 4500) del Código de Asistencia Pública e Instituciones (Welfare and Institutions Code) o el título 14 (que comienza con la sección 95000) del Código de Gobierno.
- **“Paraprofesional calificado de servicios de autismo”** se refiere a una persona sin licencia y sin certificación que cumple con todos los siguientes criterios:
 - Se encuentra en relación laboral y de supervisión con un Proveedor calificado de servicios de autismo o con un Profesional calificado de servicios de autismo.
 - Brinda tratamiento y servicios de conformidad con un plan de tratamiento que haya desarrollado y aprobado el Proveedor calificado de servicios de autismo.
 - Cumple con los criterios que establecen las regulaciones adoptadas de conformidad con la Sección 4686.3 del Código de Asistencia Pública e Instituciones.
 - Tiene la educación, capacitación y experiencia adecuadas, debidamente certificadas por un Proveedor calificado de servicios de autismo.

El plan cubre el tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista (incluido el análisis de comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencia) que desarrolla o restablecen, en la mayor medida posible, las habilidades operativas de una persona con trastorno del espectro autista y que cumple con todos los siguientes criterios:

- El tratamiento está indicado por un proveedor de cuidado médico participante que es médico o es desarrollado por un proveedor de cuidado médico participante que es psicólogo.
- El tratamiento se proporciona conforme a un plan de tratamiento que indica un Proveedor calificado de servicios de autismo.
- El tratamiento lo administra un proveedor de cuidado médico participante que es uno de los siguientes:
 - Un Proveedor calificado de servicios de autismo.
 - Un Profesional calificado de servicios de autismo en relación laboral y de supervisión con un Proveedor calificado de servicios de autismo.
 - Un Paraprofesional calificado de servicios de autismo en relación laboral y de supervisión con un Proveedor calificado de servicios de autismo.

- El plan de tratamiento tiene metas medibles dentro de un plazo específico que el Proveedor calificado de servicios de autismo desarrolla y aprueba para el miembro que recibe la atención.
- El Proveedor calificado de servicios de autismo debe revisar el plan de tratamiento al menos una vez cada seis meses y modificarlo cuando corresponda.
- El plan de tratamiento requiere que el Proveedor calificado de servicios de autismo haga todo lo siguiente:
 - Describir las deficiencias de salud del comportamiento del miembro que recibirá el tratamiento.
 - Diseñar un plan de intervención que incluya el tipo de servicio, la cantidad de horas y la participación de los padres necesarios para lograr la meta y los objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa e informa el progreso del miembro.
 - Proporcionar planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica demostrada en el tratamiento del trastorno del espectro autista.
 - Suspender los servicios de intervención intensiva del comportamiento cuando se alcancen las metas y los objetivos del tratamiento o cuando ya no sean apropiados.
- El plan de tratamiento no se utiliza para ninguno de los siguientes fines:
 - Para brindar servicios (o para su reembolso) de cuidado de relevo, guardería o servicios educativos.
 - Para reembolsar a un padre o madre por participar en el programa de tratamiento de su hijo.

El plan no exige que el miembro reciba un nuevo diagnóstico para mantener la cobertura del tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista si ya tiene un diagnóstico previo. El proveedor de cuidado médico puede volver a evaluar al miembro con el fin de determinar el tratamiento adecuado y puede indicar la realización de un nuevo diagnóstico. Si su proveedor de cuidado médico indica la realización de un nuevo diagnóstico, el plan continuará cubriendo su tratamiento y no retrasará el tratamiento actual mientras espera el diagnóstico nuevo.

Servicios de dependencia química

El plan cubre los servicios especificados en esta sección únicamente cuando dichos servicios son para diagnosticar, prevenir o tratar un trastorno por consumo de sustancias. Para los fines de esta sección, “Trastornos por consumo de sustancias” significa un trastorno por consumo de sustancias que se incluye en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que figura en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM).

Hospitalización para desintoxicación

El plan cubre la hospitalización para el manejo médico de los síntomas de abstinencia, que incluye alojamiento y comida, servicios médicos, medicamentos, servicios de recuperación de la dependencia, educación y asesoramiento.

Atención ambulatoria para la dependencia química

El plan cubre los siguientes servicios para el tratamiento de la dependencia química:

- programas de tratamiento diurno
- programas ambulatorios intensivos
- asesoramiento individual y grupal para la dependencia química
- tratamiento médico para los síntomas de abstinencia

Servicios de recuperación residencial de transición

El plan cubre el tratamiento de la dependencia química en un entorno de recuperación residencial de transición no médico. Estos entornos ofrecen servicios de asesoramiento y apoyo en un entorno estructurado.

Cobertura para servicios relacionados con los servicios de dependencia química descrita en otras secciones

- Medicamentos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).

Servicios dentales y de ortodoncia

Servicios dentales pediátricos

El plan cubre los mismos beneficios para la atención bucal pediátrica que los cubiertos conforme al beneficio dental que reciben los niños en el programa Medi-Cal de California a partir de 2014, incluida la prestación de atención de ortodoncia médicamente necesaria proporcionada de conformidad con la Ley Federal de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009. Consulte el Documento combinado de Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación del plan de beneficios dentales pediátricos esenciales individuales de California, incluido al final de esta Evidencia de cobertura para obtener más información. Estos servicios incluyen, entre otros:

- exámenes bucales
- tratamientos con flúor
- servicios de restauración, como amalgamas, resinas compuestas y coronas
- limpieza y alisado radicular
- radiografías
- tratamientos de conducto
- dentaduras postizas
- extracciones
- servicios dentales de emergencia

- anestesia dental, si es médicamente necesaria
- servicios dentales relacionados con la cirugía de paladar hendido

Servicios dentales para adultos

El plan no cubre la mayoría de los servicios dentales y de ortodoncia para adultos. Sin embargo, el plan cubre la evaluación dental, las radiografías, el tratamiento con flúor y las extracciones necesarias para preparar su mandíbula para la radioterapia contra el cáncer en la cabeza o el cuello si su proveedor de cuidado médico brinda los servicios o si autorizamos una referencia a un dentista.

Para los procedimientos dentales en un centro de la red, el plan proporciona anestesia general y los servicios del centro asociados con la anestesia si se cumple todo lo siguiente:

- Usted tiene una discapacidad del desarrollo o su salud está comprometida.
- Su estado clínico o afección médica subyacente requiere que el procedimiento dental se realice en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.
- El procedimiento dental normalmente no requeriría anestesia general.

El plan no cubre ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista.

El plan cubre las extracciones dentales, los procedimientos dentales necesarios a fin de preparar la boca para una extracción y los servicios de ortodoncia, si cumplen con todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son una parte integral de una cirugía reconstructiva para el paladar hendido que el plan cubre bajo el concepto de “Cirugía reconstructiva”, que se detalla en esta sección “Beneficios cubiertos”.
- Un proveedor de cuidado médico de la red brinda los servicios o el plan autoriza una referencia a un proveedor de cuidado médico fuera de la red que sea dentista u ortodontista.

Cobertura para servicios relacionados con los servicios dentales y de ortodoncia descrita en otras secciones

- Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”), excepto los medicamentos administrados de forma ambulatoria que tienen cobertura en virtud del apartado “Servicios dentales y de ortodoncia”.
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).

Atención de diálisis

El plan cubre los servicios de diálisis aguda y crónica si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios se brindan dentro del área de servicio del plan.

- Usted cumple con todos los criterios médicos desarrollados por el plan y por el centro que brinda la diálisis.
- Un proveedor de cuidado médico de la red proporciona una referencia por escrito para la atención en el centro.

Después de que usted reciba la capacitación adecuada en un centro de diálisis que designe el plan, el plan también cubre el equipo y los suministros médicos necesarios para la hemodiálisis a domicilio y la diálisis peritoneal a domicilio dentro de nuestra área de servicio. La cobertura se limita al artículo estándar de equipo o suministros que satisface adecuadamente sus necesidades médicas. El plan decide si alquilará o comprará el equipo y los suministros, y elegirá al proveedor. Usted debe devolvernos el equipo y cualquier suministro que no use o pagarnos el precio justo de mercado del equipo y cualquier suministro que no use cuando ya no los cubramos.

Cobertura para servicios relacionados con la atención de diálisis descrita en otras secciones

- Equipo médico duradero para uso fuera de un entorno institucional (consulte “Equipo médico duradero”).
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”).

Equipo médico duradero

El plan cubre el equipo médico duradero para uso fuera de un entorno institucional. El equipo médico duradero es un artículo destinado para uso repetido, que se usa principal y habitualmente para servir a un propósito médico, generalmente no es útil para una persona que no está enferma o lesionada, y es apropiado para su uso fuera de un entorno institucional. El plan cubre el artículo estándar de equipo que satisface adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se alquilará o comprará el equipo, y elegiremos al proveedor. Usted debe devolvernos el equipo o pagarnos el precio justo de mercado del equipo si ya no lo cubrimos.

Entre los artículos de equipo médico duradero cubiertos se incluyen los siguientes:

- Máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP).
- Oxígeno portátil.
- Para la diabetes: monitores de glucosa en sangre y tiritas de prueba de glucosa en sangre; monitores de glucosa en sangre diseñados para ayudar a personas con discapacidad visual; bombas de insulina y suministros necesarios relacionados; tiras reactivas de cetonas en orina; lancetas y dispositivos de punción para lancetas; sistemas de administración tipo pluma para la administración de insulina; dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes, jeringas

de insulina; y ayudas visuales, que no incluyen anteojos, para ayudar a las personas con discapacidad visual con la dosificación adecuada de insulina.

- Bombas de infusión (como bombas de insulina) y suministros para operar la bomba (no se incluye la insulina ni ningún otro medicamento).
- Bastones estándares de mango curvo o de cuatro patas y suministros de reemplazo.
- Muletas estándares o de antebrazo y suministros de reemplazo.
- Almohadillas de presión secas para colchón.
- Nebulizadores y suministros.
- Medidores de flujo máximo.
- Soportes para suero intravenoso.
- Sonda de traqueostomía y suministros.
- Bombas enterales y suministros.
- Estimuladores óseos.
- Tracción cervical (sobre la puerta).
- Mantas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos.
- Suministros de lactancia (un extractor de leche y los suministros necesarios para operarlo según lo indicado por su médico para cada embarazo sin costo).
- Equipo de atención de diálisis para hemodiálisis a domicilio y diálisis peritoneal a domicilio como se describe en “Atención de diálisis”.

Servicios de emergencia y atención de urgencia

El plan cubre los siguientes servicios:

- Visitas al servicio de emergencias.
- Consultas, evaluación y tratamiento de atención de urgencia.
- Servicios de paramedicina comunitaria proporcionados por un programa de paramedicina comunitaria, programa de triaje a destinos alternativos o programa de salud móvil integrada.
- La atención médica en la sala de emergencias para los miembros que reciben tratamiento después de una violación o agresión sexual está cubierta sin costo compartido si el proveedor de cuidado médico que brinda el tratamiento envía todas las solicitudes de pago de reclamos con los códigos de diagnóstico precisos específicos para violación o agresión sexual (consulte “Atención ambulatoria” para obtener información sobre los servicios de seguimiento).

Salvo que se especifique lo contrario en esta sección, si usted recibe servicios y atención de emergencia y atención de urgencia médicamente necesarios de un proveedor de cuidado médico fuera de la red, pagará el mismo monto que si hubiera recibido servicios de un proveedor de cuidado médico dentro de la red.

Consulte “*Servicios de emergencia y Atención urgencia*” en la sección “Cómo obtener atención” para obtener información adicional.

Planificación familiar

El plan cubre los siguientes servicios de planificación familiar:

- Consejería de planificación familiar.
- Servicios clínicos relacionados con la provisión o el uso de anticonceptivos, incluyendo consultas, exámenes, procedimientos, inserción de dispositivos, ultrasonidos, anestesia, educación al paciente, referencias y consejería.
- Servicios de seguimiento vinculados con los medicamentos, dispositivos, productos y procedimientos relacionados con la anticoncepción, incluyendo, entre otros, el manejo de efectos secundarios, la consejería para la adherencia continua y la extracción de dispositivos.
- Operaciones o procedimientos de esterilización (cualquier operación o procedimiento que altere el cuerpo humano y que tenga como propósito, o uno de sus propósitos, la prevención temporal o permanente de la procreación, ya sea en un hombre o en una mujer).
- Terminación del embarazo, que incluye aborto quirúrgico, medicamentos con receta de acuerdo con nuestras pautas de la Lista de medicamentos aprobados y servicios relacionados con el aborto.
- Servicios para tratar la infertilidad iatrogénica; consulte “*Servicios de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica*”.

Cobertura para servicios relacionados con los servicios de planificación familiar descrita en otras secciones

- Servicios de laboratorio e imágenes para pacientes ambulatorios asociados con servicios de planificación familiar (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Cirugía para pacientes hospitalizados (consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados”).

Servicios de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica

El plan cubre los servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica en las siguientes situaciones:

- Su proveedor de cuidado médico tratante le recomendó recibir un tratamiento médico cubierto que puede causar infertilidad iatrogénica, su proveedor de cuidado médico tratante le recomienda recibir el tratamiento dentro de los próximos 12 meses, y usted certifica que planea someterse a dicho tratamiento en los próximos 12 meses.
- Recibió un tratamiento médico cubierto que puede causar infertilidad iatrogénica, no pudo someterse a la preservación de la fertilidad o completar su(s) ciclo(s) de fertilidad, y enfrenta un riesgo continuo de infertilidad causado por esos tratamientos.

Los servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica no incluyen el diagnóstico ni el tratamiento de la infertilidad. El plan cubre los siguientes servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica:

- Extracción de gametos:

- Hasta dos ciclos de extracción de ovocitos de por vida para miembros con ovarios.
- Hasta dos intentos de recolección de espermatozoides de por vida para miembros con testículos.
- Hasta dos intentos de creación de embriones de por vida, excepto que no cubrimos ningún costo asociado con la extracción de gametos de alguien que no sea el miembro que se somete al tratamiento médico que puede causar infertilidad iatrogénica.
- Hasta dos intentos para recuperar tejido gonadal de por vida.
- Protección o transposición gonadal durante un procedimiento o tratamiento, si no está ya incluido en la cobertura habitual para ese procedimiento o tratamiento.
- Criopreservación y almacenamiento de espermatozoides, ovocitos, tejido gonadal y embriones de un proveedor que elijamos por el siguiente período de tiempo, según su edad en la fecha en que se criopreserva el material por primera vez:
 - Para un miembro que sea menor de 18 años, hasta que el miembro cumpla 26 años.
 - Para un miembro que tenga 18 años o más, pero aún no haya cumplido 26 años, hasta que el miembro cumpla 26 años o durante tres años, lo que sea más prolongado.
 - Para un miembro que tenga 26 años o más, por un período de tres años.
- Cualquier otro servicio estándar de preservación de la fertilidad que sea conforme con las prácticas médicas establecidas y las pautas profesionales publicadas por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology) o la American Society for Reproductive Medicine (Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva).

Su cobertura para el almacenamiento por criopreservación de nuestra parte termina cuando finaliza su membresía. Si cambia de plan de salud durante el período de almacenamiento por criopreservación descrito anteriormente, debe notificar a su nuevo plan de salud que desea que cubra el almacenamiento a partir de la fecha de vigencia de su cobertura en ese plan.

Coordinaremos la transferencia y el transporte del material almacenado con su nuevo plan, si es necesario. Si usted sigue siendo miembro cuando venza el período de almacenamiento por criopreservación, recibirá un aviso 90 días antes de que venza el período de almacenamiento en el que se le explicarán las opciones para continuar con el almacenamiento y los posibles gastos de bolsillo.

El plan también le notificará dentro de los 30 días hábiles siguientes a la recepción de un reclamo por servicios de criopreservación con una explicación por escrito del período de cobertura en el que se le informará sobre lo siguiente:

- Cómo se aplican a usted los plazos de criopreservación según su edad en el momento en que recibe los servicios de criopreservación.
- Opciones para continuar con el almacenamiento de materiales genéticos si la cobertura termina antes del vencimiento del período de almacenamiento.

- Cualquier posible costo de su bolsillo asociado con la continuación del almacenamiento de material genético si su cobertura termina antes del vencimiento del período de almacenamiento.

Por los servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica que reciba, pagará el costo compartido que pagaría si el servicio no estuviera relacionado con la prevención de la infertilidad.

Tiene derecho a recibir servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica cuando cumpla con los requisitos establecidos en la sección 1300.74.551 del título 28 del Código de Regulaciones de California. “Infertilidad iatrogénica” significa infertilidad causada directa o indirectamente por cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico. Si CalOptima Health no logra coordinar la prestación de estos servicios por un proveedor adecuado que esté en la red del plan de salud, el plan de salud debe cubrir y coordinar los servicios necesarios para que vea a un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, no pagará más que el costo compartido dentro de la red por los mismos servicios.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita que no sea posterior a 10 días hábiles para cuidado primario y 15 días hábiles para cuidado especializado a partir de la fecha en que usted solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de salud no requiere autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de salud sí requiere autorización previa).

Si su plan de salud no hace los arreglos necesarios para que usted reciba servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso en términos de ubicación, puede recurrir a los servicios de cualquier proveedor con licencia, incluso si el proveedor no forma parte de la red de su plan de salud. Si está inscrito en una cobertura de organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) y su plan de salud puede coordinar la atención para usted dentro de los plazos y los estándares en términos de ubicación, su uso voluntario de beneficios fuera de la red puede hacer que usted incurra en cargos fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica o tiene dificultades para obtener servicios, puede hacer lo siguiente: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud de California a través de su sitio web (www.DMHC.ca.gov) a fin de solicitar asistencia para obtener servicios estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica.

Educación sobre la salud

El plan cubre una variedad de iniciativas de asesoramiento, programas y materiales de educación sobre la salud que su proveedor de cuidado médico proporciona durante una consulta cubierta bajo otra parte de esta sección “Beneficios cubiertos”.

El plan también cubre diversas iniciativas de asesoramiento, programas y materiales de educación sobre la salud para ayudarle a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluyendo programas para dejar de fumar, de pérdida de peso, de manejo del estrés y para afecciones crónicas (como diabetes y asma).

Servicios de audición

El plan cubre los dispositivos implantados internamente como se describe en la sección “Dispositivos protésicos y ortopédicos”). El plan también cubre lo siguiente:

- Exámenes de audición de rutina que son servicios de cuidado preventivo.
- Exámenes de audición para determinar la necesidad de corrección auditiva.
- Cobertura para servicios relacionados con los servicios de audición descrita en otras secciones.

Cobertura para servicios relacionados con los servicios de audición descrita en otras secciones

- Servicios relacionados con el oído o la audición que no sean los descritos en esta sección, como atención ambulatoria para tratar una infección de oído y medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el apartado correspondiente en esta sección “Beneficios cubiertos”).
- Implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Atención médica a domicilio

“Atención médica a domicilio” significa servicios que personal de enfermería; trabajadores sociales médicos; auxiliares de salud a domicilio; y terapeutas físicos, ocupacionales y del habla proporcionan en el domicilio. El plan cubre la atención médica a domicilio solo si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted está sustancialmente confinado a su domicilio (o al domicilio de un amigo o pariente).
- Su afección requiere los servicios de un profesional de enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla (los servicios de auxiliares de salud en el domicilio no están cubiertos a menos que también esté recibiendo atención médica a domicilio cubierta por parte de un profesional de enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla que solo un proveedor de cuidado médico con licencia puede proporcionar).
- Su proveedor de cuidado médico determina que es factible mantener una supervisión y control efectivos de su atención en su domicilio y que los beneficios cubiertos pueden proporcionarse de manera segura y efectiva en su domicilio.

El plan cubre solo atención médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente, de la siguiente manera:

- Hasta dos horas por visita para visitas de un profesional de enfermería, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla, y hasta cuatro horas por visita para visitas de un auxiliar de salud en el domicilio.
- Hasta tres visitas por día (contando todas las visitas de salud en el domicilio).
- Hasta 100 visitas por año calendario (contando todas las visitas de salud en el domicilio).

Aviso: Si una visita de un profesional de enfermería, trabajador social médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla dura más de dos horas, entonces cada incremento adicional de dos horas cuenta como una visita por separado. Si una visita de un auxiliar de salud a domicilio dura más de cuatro horas, entonces cada incremento adicional de cuatro horas cuenta como una visita por separado. Por ejemplo, si un profesional de enfermería acude a su domicilio por tres horas y luego se va, eso cuenta como dos visitas. Además, cada persona que proporciona beneficios cubiertos cuenta para estos límites de visitas. Por ejemplo, si un auxiliar de salud a domicilio y un profesional de enfermería están en su domicilio durante las mismas dos horas, eso cuenta como dos visitas.

Cobertura para servicios relacionados con la atención médica a domicilio descrita en otras secciones

- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista (consulte “Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista”).
- Atención de diálisis (consulte “Atención de diálisis”).
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo médico duradero”).
- Suministros de ostomía y urológicos (consulte “Suministros para ostomía y urológicos”).
- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para brindar cuidados paliativos y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un miembro que atraviesa las últimas etapas de la vida debido a una enfermedad terminal. También brinda apoyo al cuidador principal y a la familia del miembro. Un miembro que elige el cuidado paliativo elige recibir estos servicios para el dolor y otros síntomas asociados con la enfermedad terminal, pero no recibir atención para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

El plan cubre los servicios de cuidados paliativos que se enumeran a continuación sin costo solo si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un proveedor de cuidado médico participante le ha diagnosticado una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es de 12 meses o menos.

- Los servicios se reciben de una agencia para cuidados paliativos con licencia en nuestra área de servicio.
- Los servicios son necesarios para la paliación y el manejo de su enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

Si se cumplen todos los requisitos anteriores, el plan cubre los siguientes servicios de cuidados paliativos, los cuales están disponibles las 24 horas del día si es necesario para brindarle cuidados paliativos:

- Servicios médicos.
- Atención de enfermería especializada, que incluye evaluación, valoración y administración de casos de necesidades de enfermería, tratamiento para el control del dolor y los síntomas, prestación de apoyo emocional para usted y su familia, y orientación para cuidadores.
- Terapia física, ocupacional o del habla con fines de control de síntomas o para permitirle mantener las actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos.
- Servicios de asistencia médica a domicilio y de ayuda doméstica.
- Medicamentos paliativos recetados para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal por un suministro de hasta 100 días, de acuerdo con las pautas de la Lista de medicamentos aprobados del plan. Usted debe obtener estos medicamentos en farmacias contratadas.
- Ciertos medicamentos están limitados a un suministro máximo de 30 días en cualquier período de 30 días.
- Equipo médico duradero.
- Suministros para la incontinencia.
- Atención de relevo, cuando sea necesaria para aliviar la carga de los cuidadores. La atención de relevo consiste en atención ocasional y de corta duración de pacientes hospitalizados, limitada a un máximo de cinco días consecutivos por vez.
- Servicios de asesoramiento y duelo.
- Asesoramiento sobre dieta.
- La siguiente atención durante períodos de crisis cuando usted necesite atención continua para lograr la paliación o el control de síntomas médicos agudos:
 - Atención de enfermería de forma continua durante hasta 24 horas al día según sea necesario para mantener su salud en el domicilio.
 - Atención para pacientes hospitalizados a corto plazo requeridos a un nivel que no puede proporcionarse en el domicilio.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

El plan cubre los siguientes servicios para pacientes hospitalizados cuando los servicios se proporcionan general y habitualmente en hospitales generales de cuidados agudos dentro del área de servicio del plan:

- Alojamiento y comida, incluida una habitación privada si esto es médicamente necesario.
- Comidas (incluidas dietas especiales según sea médicamente necesario).

- Unidades de cuidados especializados y cuidados críticos (como cuidados intensivos, cuidados coronarios, cuidados intensivos pediátricos y neonatales, y cuidados subagudos).
- Cuidados de enfermería general y especializada.
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios médicos, incluida la consulta y el tratamiento por parte de especialistas.
- Servicios de anestesia y oxígeno.
- Fármacos, medicamentos y productos biológicos recetados de acuerdo con las pautas de la Lista de medicamentos aprobados del plan (para los medicamentos recetados al momento del alta cuando usted reciba el alta del hospital; consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” en esta sección “Beneficios cubiertos”).
- Materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos.
- Equipo médico duradero y suministros médicos.
- Servicios de imágenes, laboratorio y procedimientos especiales, que incluyen resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT) y tomografías por emisión de positrones (PET).
- Sangre, productos sanguíneos y su administración.
- Atención obstétrica y de parto (incluida la cesárea). La cobertura no será menor a 48 horas después del parto (o dentro de las 96 horas posteriores al parto si es por cesárea), a menos que (1) la madre y el proveedor de cuidado médico tratante tomen la decisión y (2) el proveedor de cuidado médico ordene la realización de una consulta de seguimiento para la madre y su recién nacido dentro de las 48 horas posteriores al alta).
- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista.
- Servicios de terapia, que incluye terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta.

Cobertura para servicios relacionados con la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados descrita en otras secciones

Los siguientes tipos de servicios para pacientes hospitalizados están cubiertos solo como se describe en los siguientes apartados de la sección “Beneficios cubiertos”:

- cirugía bariátrica
- servicios de dependencia química
- servicios dentales y de ortodoncia
- atención de diálisis
- cuidados paliativos
- servicios de salud mental
- dispositivos protésicos y ortopédicos
- cirugía reconstructiva
- servicios de rehabilitación y habilitación
- servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado
- atención de enfermería especializada
- servicios de trasplante

Terapia de infusión

Este beneficio se proporciona para servicios profesionales ambulatorios, suministros, medicamentos y soluciones requeridos para la terapia de infusión. La terapia de infusión (también conocida como “terapia intravenosa”) es la administración de líquidos en una vena mediante una aguja o catéter, y se usa con mayor frecuencia para los siguientes propósitos:

- Para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Para corregir las deficiencias de volumen de líquidos después de una pérdida excesiva de líquidos corporales.
- Para miembros que no pueden ingerir volúmenes suficientes de líquidos por vía oral.
- Apoyo nutricional prolongado para miembros con disfunción gastrointestinal.

Servicios de salud mental

El plan cubre los servicios especificados en esta sección solo cuando los servicios son para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental. Para los fines de esta sección, “Trastornos de salud mental” significa una afección de salud mental que se incluye en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que figura en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

El plan cubre los siguientes servicios cuando los proporciona un proveedor de cuidado médico participante u otros proveedores de cuidado médico participantes adecuados:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal, incluido el tratamiento del primer episodio de psicosis.
- Pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno mental.
- Servicios ambulatorios con el fin de controlar la terapia con medicamentos.
- Terapia electroconvulsiva.
- Estimulación magnética transcraneal.

Aviso: Los programas ambulatorios de tratamiento psiquiátrico intensivo no están cubiertos bajo la sección “Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios” (consulte “Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo”, en “Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados y programas de tratamiento psiquiátrico intensivo”, en el apartado “Servicios de salud mental”).

Hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados

El plan cubre la hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados en un Hospital participante. La cobertura incluye alojamiento y comida, medicamentos y servicios de proveedores de cuidado médico participantes apropiados que actúen dentro del alcance de su licencia.

Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo

El plan cubre sin cargo los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo en un centro del plan:

- Atención ambulatoria intensiva basada en un hospital (hospitalización parcial).

- Tratamiento multidisciplinario en un programa de tratamiento psiquiátrico ambulatorio intensivo.
- Tratamiento en un programa residencial de crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico con licencia, con monitoreo las 24 horas del día por parte del personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda.
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

Salud mental materna

El plan cubre servicios relacionados con afecciones de salud mental materna que pueden afectar a una mujer durante el embarazo, cerca del parto o después del parto. Todos los profesionales de atención médica participantes de CalOptima Health que brindan atención prenatal y posparto deben asegurarse de que se les ofrezca a las madres una evaluación o que sean evaluadas adecuadamente para detectar afecciones de salud mental materna. Estas evaluaciones se llevan a cabo en los siguientes momentos:

- Al menos una evaluación durante el período prenatal (durante el embarazo antes del parto).
- Al menos una evaluación durante las primeras seis (6) semanas del período posparto (hasta 1 año después del parto) y evaluaciones posparto adicionales según sea médicamente necesario y clínicamente apropiado a criterio del proveedor de cuidado médico.

Servicios de afirmación de género

Para los beneficios cubiertos que reciba para el tratamiento de la disforia de género, usted pagará el costo compartido que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con la disforia de género.

Servicios de proveedores de cuidado médico no participantes

Si el plan no puede ofrecer un proveedor de cuidado médico participante adecuado dentro de los estándares requeridos de acceso en términos de tiempo y ubicación, le ofreceremos una referencia a un proveedor de cuidado médico no participante y usted será responsable del costo compartido del que sería responsable si recibiera el servicio de un proveedor de cuidado médico participante.

Servicios proporcionados por un proveedor de cuidado médico de un centro del 988

El plan cubre los servicios proporcionados por un centro del 988, un equipo de crisis móvil u otro proveedor de cuidado médico de servicios de crisis de salud del comportamiento para el tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias sin autorización previa hasta que la afección se estabilice, según lo exige la ley estatal. Después de que el trastorno de salud mental o por consumo de sustancias se haya estabilizado, la atención posterior a la estabilización está sujeta a autorización previa, como se describe en “Atención posterior a la estabilización” en el apartado “Servicios de emergencia”.

Cobertura para servicios relacionados con servicios de salud mental descrita en otras secciones:

- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista.
- Trastorno por consumo de sustancias (consulte “Servicios de dependencia química”).

Suministros para ostomía y urológicos

Dentro de nuestra área de servicio, el plan cubre los suministros para ostomía y urológicos recetados de acuerdo con nuestras pautas sin costo. Se proporciona cobertura para el suministro estándar de equipo que satisface adecuadamente sus necesidades médicas. El plan elegirá al proveedor y decidirá si alquilar o comprar el equipo.

Entre los beneficios cubiertos se incluyen los siguientes:

- adhesivos
- removedor de adhesivo
- dispositivo de fijación del catéter a la piel mediante adhesivo
- faja (para hernia u ostomía)
- fajas para hernia
- catéteres (permanentes, Foley, intermitentes, catéteres externos masculinos con cámara de recolección integrada)
- kits para la inserción de catéteres
- limpiadores o productos para la higiene de la piel
- bolsas/botellas de drenaje: para uso junto a la cama y para la pierna
- suministros para curaciones
- suministros para irrigación
- lubricantes
- dispositivos externos de recolección masculinos y femeninos
- suministros diversos (conectores urinarios; filtros de gases; desodorantes para ostomía; dispositivos de fijación de sondas de drenaje; guantes; tapas para estomas; tapones para colostomía; insertos para ostomía; jeringas, bandejas, bulbos y émbolos para irrigación; sondas; pinzas y tapones para catéteres; correas para las piernas y dispositivos de anclaje)
- pinzas y dispositivos de compresión para el pene o la uretra
- anillos y placas base para ostomía
- bolsas (urinarias, de drenaje y para ostomía) y cierres para bolsas
- barreras cutáneas
- selladores cutáneos
- paquetes individuales estériles
- cinta adhesiva (de todos los tamaños, impermeable y no impermeable)
- suministros para la incontinencia para pacientes bajo cuidados paliativos: protectores desechables para la incontinencia y prendas para adultos para la incontinencia

Atención ambulatoria

El plan cubre la atención en centros de servicios para pacientes ambulatorios y de consultas externas, que incluye lo siguiente:

- Consultas, evaluaciones y tratamientos de cuidado primario y especializada (distintos de los descritos a continuación en esta sección “Atención ambulatoria”).
- Servicios de cuidado preventivo, que incluye exámenes de mantenimiento físico de rutina, como exámenes preventivos para la mujer.
- Servicios de detección y asesoramiento, tales como asesoramiento sobre obesidad, exámenes de rutina de la visión y la audición, educación sobre la salud, asesoramiento sobre lactancia materna y detección de depresión.
- Servicios ambulatorios cubiertos proporcionados y facturados por un centro de atención ambulatoria, incluida cualquier tarifa del centro.
- Exámenes preventivos de niño sano para los miembros.
- La serie normal de exámenes de cuidado prenatal preventivo programados regularmente.
- La primera consulta y examen de seguimiento posparto.
- Evaluación de abuso de alcohol y sustancias.
- Evaluaciones del desarrollo para diagnosticar y evaluar posibles retrasos en el desarrollo.
- Inmunizaciones (incluidas las vacunas).
- Sigmoidoscopias flexibles.
- Colonoscopias de detección.
- Todas las pruebas de detección de cáncer generalmente aceptadas desde el punto de vista médico, incluyendo, entre otras, las siguientes:
 - detección de cáncer de los senos
 - detección de cáncer de la próstata
 - detección de cáncer colorrectal, incluida la prueba inmunohistoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT), la prueba de sangre oculta en heces (Fecal Occult Blood Test, FOBT), la prueba de ADN en heces de múltiples objetivos y la colonoscopia
 - detección general de cáncer
 - servicios de mamografía
 - detección de cáncer de la cerviz
 - servicios de dietilestilbestrol
- Inyecciones para alergias (incluido el suero antialérgico).
- Detección, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis.
- Cirugía ambulatoria.
- Procedimientos ambulatorios (que no sean cirugía).
- Consultas, evaluaciones y tratamiento de atención de urgencia.
- Visitas al servicio de emergencias.
- Visitas a domicilio cuando la atención se puede brindar mejor en su domicilio.
- Servicios de acupuntura que normalmente se brindan solo para el tratamiento de náuseas.

o como parte de un programa integral de manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

- Sangre, productos sanguíneos y su administración.
- Medicamentos administrados (fármacos, inyectables, materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos, y materiales para pruebas y tratamientos de alergias) recetados de acuerdo con nuestras pautas de la Lista de medicamentos aprobados, si se requiere administración u observación por parte de personal médico y se le administran en el consultorio médico de un proveedor de cuidado médico participante o durante una visita a domicilio. Estos incluyen pruebas de tuberculosis, medicamentos de quimioterapia administrados y todos los demás medicamentos administrados.
- Pruebas de tuberculosis.
- Algunos tipos de consultas, evaluaciones y tratamientos para pacientes ambulatorios pueden estar disponibles como citas grupales.
- Pruebas y atención inicial para el VIH, atención de seguimiento continua, monitoreo y servicios necesarios asociados relacionados con la profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) al VIH y la profilaxis posterior a la exposición (Post-Exposure Prophylaxis, PEP) al VIH y los servicios necesarios asociados; incluidas la PrEP y la PEP que hayan proporcionado un fármaco según lo autorizado en las secciones 4052.02 y 4052.03 del Código de Negocios y Profesiones, incluidos los servicios del fármaco y las pruebas relacionadas que ordene el fármaco.
- Tratamiento de atención médica de seguimiento para los miembros que reciben tratamiento en una sala de emergencias después de una violación o agresión sexual sin costo compartido durante los primeros nueve meses después de que el miembro inicie el tratamiento si se cumple lo siguiente:
 - El proveedor de cuidado médico tratante envía todas las solicitudes de pago de reclamos con los códigos de diagnóstico precisos específicos para violación o agresión sexual.

Cobertura para servicios relacionados con la atención ambulatoria descrita en otras secciones:

- cirugía bariátrica
- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista
- servicios de dependencia química
- servicios dentales y de ortodoncia
- atención de diálisis
- equipo médico duradero
- servicios de planificación familiar
- educación sobre la salud
- servicios de audición
- atención médica a domicilio
- cuidados paliativos
- servicios de salud mental
- suministros para ostomía y urológicos
- imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios

- medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios
- servicios de cuidado preventivo
- dispositivos protésicos y ortopédicos
- cirugía reconstructiva
- servicios de rehabilitación y habilitación
- servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado
- servicios de trasplante
- servicios de la visión

Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios

El plan cubre los siguientes servicios solo cuando se recetan como parte de la atención cubierta bajo otros encabezados en la sección “Beneficios cubiertos”:

- Servicios de imágenes que son servicios de cuidado preventivo:
 - Mamografías preventivas
 - Exámenes de detección preventivos con ultrasonido de aneurisma aórtico abdominal
 - CT de densidad ósea
 - Absorciometría de rayos X de energía dual (Dual-Energy X-ray Absorptiometry, DEXA) para densidad ósea
- Todas las demás CT y todas las MRI y PET.
- Todos los demás servicios de imágenes, como radiografías terapéuticas y fluoroscópicas, mamografías y ultrasonidos.
- Medicina nuclear.
- Pruebas de laboratorio:
 - Pruebas de laboratorio para monitorear la efectividad de la diálisis
 - Pruebas de sangre oculta en heces
 - Pruebas y exámenes de laboratorio de rutina que son servicios de cuidado preventivo, como exámenes de detección de cáncer de la cerviz, pruebas de antígeno prostático específico
 - Pruebas de alfafetoproteína y pruebas de diabetes gestacional
 - Pruebas de colesterol (panel y perfil lipídico), pruebas de glucosa en sangre en ayunas, pruebas de tolerancia a la glucosa, todas las pruebas de enfermedades venéreas, pruebas genéticas para la susceptibilidad al cáncer de los senos y pruebas de VIH
 - Procedimientos para el diagnóstico prenatal de trastornos genéticos fetales, incluidos aquellos para trastornos genéticos específicos para los cuales hay asesoramiento genético disponible
 - Todas las demás pruebas de laboratorio (incluidas las pruebas para trastornos genéticos específicos para los cuales hay asesoramiento genético disponible)
- Exámenes preventivos de detección de rutina con fotografía de retina.
- Todos los demás procedimientos de diagnóstico proporcionados por proveedores de cuidado médico participantes que no son médicos (como electrocardiogramas [Electrocardiograms, EKG] y electroencefalogramas [Electroencephalograms, EEG]).
- Radioterapia.

- Tratamientos con luz ultravioleta.
- Pruebas de biomarcadores con el fin de diagnosticar, tratar, manejar adecuadamente o monitorear de forma continua la enfermedad o afección de un miembro a fin de guiar las decisiones de tratamiento; las pruebas deben cumplir con cualquiera de los siguientes requisitos:
 - Una indicación etiquetada para una prueba que tiene aprobación o autorización de la FDA o es una prueba indicada para un medicamento aprobado por la FDA.
 - Una determinación de cobertura nacional realizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Una determinación de cobertura local realizada por un contratista administrativo de Medicare para California.
 - Pautas de práctica clínica basadas en evidencia, respaldadas por literatura científica y estudios científicos sometidos a revisión por pares publicados en revistas médicas (o aceptados para su publicación por estas) que cumplen con requisitos reconocidos a nivel nacional para los manuscritos científicos y que someten la mayoría de sus artículos publicados a la revisión de expertos que no forman parte del personal editorial.
 - Estándares establecidos por la Academia Nacional de Medicina (National Academy of Medicine).
- Pruebas de laboratorio para diagnosticar o detectar el COVID-19 de proveedores de cuidado médico participantes y proveedores de cuidado médico no participantes, incluida la visita al proveedor de cuidado médico con el fin de someterse a la prueba de laboratorio.
- Por mes calendario, un total de ocho (8) pruebas de COVID-19 que se pueden comprar sin receta y tienen autorización de la FDA, administradas por proveedores de cuidado médico participantes y proveedores de cuidado médico no participantes.

Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

El plan cubre los medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en el apartado “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” cuando se recetan de la siguiente manera y se obtienen en una farmacia contratada o a través de nuestro servicio de pedido por correo:

- Los proveedores de cuidado médico participantes recetan el artículo de acuerdo con las pautas de la Lista de medicamentos aprobados del plan.
- Los siguientes proveedores de cuidado médico no participantes recetan los artículos, a menos que un proveedor de cuidado médico participante determine que el artículo no es médicamente necesario:
 - dentistas, si el medicamento es para atención dental
 - proveedor de cuidado médico no participante, si el plan autoriza una referencia por escrito al proveedor de cuidado médico no participante y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de esa referencia
 - proveedor de cuidado médico no participante, si la receta médica se obtuvo como parte de servicios y atención de emergencia, atención posterior a la estabilización

o atención de urgencia fuera del área cubiertos, que se describen en el apartado “Servicios de emergencia y atención de urgencia”

Cómo obtener artículos cubiertos

Debe obtener los artículos cubiertos en una farmacia contratada o a través de nuestro servicio de pedido por correo, a menos que obtenga el artículo como parte de servicios y atención de emergencia, atención posterior a la estabilización o atención de urgencia fuera del área cubiertos, que se describen en la sección “Servicios de emergencia y atención de urgencia”. Consulte el apartado “Red de farmacias” para conocer las ubicaciones de las farmacias contratadas en su área.

Lista de medicamentos aprobados del plan

Nuestra Lista de medicamentos aprobados incluye la lista de medicamentos que cubrimos. La Lista de medicamentos aprobados también especifica los requisitos o las limitaciones que se aplican a medicamentos específicos, como si hay un límite en la cantidad del medicamento que se puede dispensar y si el medicamento debe obtenerse en ciertas farmacias especializadas. La inclusión de un medicamento en la Lista de medicamentos aprobados no significa que se recetará para una afección médica en particular. Las pautas de la Lista de medicamentos aprobados le permiten obtener medicamentos con receta no incluidos en la Lista (aquellos que no figuran en la Lista de medicamentos aprobados del plan para su afección) si de otro modo estarían cubiertos y un proveedor de cuidado médico participante determina que son médicamente necesarios. Las pautas de la Lista de medicamentos aprobados brindan cobertura para medicamentos que se recetan para un uso que no se indica en la información de indicaciones y uso publicada por el fabricante (uso de medicamentos fuera de etiqueta) solo si el uso recetado cumple con todos los criterios de cobertura de la Lista de medicamentos aprobados.

Reglas generales sobre la cobertura

El plan cubre los siguientes medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios, según se describe en la sección “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios” y se describe más específicamente en nuestra Lista de medicamentos aprobados:

- Medicamentos para los cuales la ley exige una receta.
- Ciertos medicamentos que no requieren receta por ley si figuran en la Lista de medicamentos aprobados del plan.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos.
- Espaciadores de inhalador necesarios para inhalar medicamentos cubiertos.
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, con receta médica y que pueden comprarse sin receta. La cobertura para medicamentos anticonceptivos también incluye:
 - Un suministro de 12 meses de anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA que se dispensan de una sola vez.
 - Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no están cubiertos de otro modo por CalOptima Health, si su proveedor de cuidado médico tratante considera que un anticonceptivo cubierto es médicamente desaconsejable para su

historial médico o personal; dichos medicamentos anticonceptivos no cubiertos se pondrán a su disposición sin que deba pagar parte del costo.

- Las recetas médicas para el tratamiento de la fenilcetonuria están cubiertas, como se especifica en la sección *“Fenilcetonuria (PKU)”*.
- Si el precio minorista de un medicamento con receta, suministro o suplemento cubierto es menor que el copago definido, usted pagará el monto menor. El monto que usted pague se aplicará a su límite máximo de gastos de bolsillo y a su deducible (si corresponde).
- Ciertos fármacos para tratamiento asistido por medicamentos están disponibles sin autorización previa, terapia por etapas o revisión de utilización, como se describe en la Lista de medicamentos aprobados.
- Leche humana de donante pasteurizada cuando sea médicamente necesaria y se obtenga de un banco de tejidos con licencia conforme al Capítulo 4.1 (que comienza con la sección 1635 del Código de Salud y Seguridad).
- PrEP y PEP que proporcione un farmacéutico según se autoriza en las secciones 4052.02 y 4052.03 del Código de Negocios y Profesiones.
- Cubrimos al menos una insulina para un tipo de medicamento de insulina determinado en todas las formas y concentraciones en el nivel 1 o nivel 2 de nuestra Lista de medicamentos aprobados sin requerir terapia por etapas. Su costo compartido por esos medicamentos no será mayor que \$35 por un suministro para 30 días. Si no hay ningún medicamento recetado de insulina que sea médicamente apropiado para usted en el nivel 1 o el nivel 2, cubriremos un medicamento en un nivel superior, y su costo compartido por ese medicamento de nivel superior no será mayor que \$35 por un suministro para 30 días.
- Los medicamentos para tratar la diabetes, incluida la insulina y el glucagón, se proporcionan a través del beneficio de medicamentos con receta.
- El plan no limita ni excluye la cobertura de un medicamento basándose en si el medicamento se receta para un uso diferente al uso para el cual el medicamento recibió aprobación de la FDA para su comercialización, o, según corresponda, si el medicamento se receta para un uso que no se condice con una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos aprobada de conformidad con la sección 355-1 del título 21 del Código de los Estados Unidos, siempre que se cumplan los requisitos de la sección 1367.21 del Código de Salud y Seguridad, incluida la mifepristona de marca o genérica.

Medicamentos de continuidad

Si el plan cambia la cobertura para excluir un medicamento que hemos estado cubriendo y proporcionándole bajo esta Evidencia de cobertura, continuaremos proporcionando el medicamento si la ley exige una receta médica y un proveedor de cuidado médico participante sigue recetando el medicamento para la misma afección y para un uso aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos.

Cobertura de servicios relacionados con medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios descrita en otras secciones

- Equipo de análisis de sangre para la diabetes y sus suministros, y bombas de insulina y sus suministros (consulte “Equipo médico duradero”).
- Medicamentos cubiertos durante una estadía cubierta en un Hospital participante o centro de enfermería especializada (consulte “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” y “Atención de enfermería especializada”).
- Medicamentos con receta para el control del dolor y el manejo de los síntomas de una enfermedad terminal para los miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados paliativos”).
- Equipo médico duradero que se emplea para administrar medicamentos (consulte “Equipo médico duradero”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”).

Servicios pediátricos

Además de los servicios cubiertos en otras partes de esta Evidencia de cobertura, el plan cubre los servicios descritos en este apartado de servicios pediátricos y según lo exija la ley.

Atención pediátrica para el asma

El plan cubre la atención pediátrica para el asma. El beneficio incluye la cobertura de nebulizadores (incluida la mascarilla y los tubos), espaciadores de inhaladores y medidores de flujo máximo, según se indica en los apartados “Equipo médico duradero” y “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”. Se cubre la educación sobre el uso adecuado de estos artículos cuando sea médicamente necesaria para el manejo y tratamiento del asma.

Atención dental pediátrica

El plan cubre los servicios dentales pediátricos según se describe en el apartado “Odontología y ortodoncia”.

Atención de la visión pediátrica

El plan cubre los siguientes beneficios de atención de la visión para los miembros de hasta 19 años de edad hasta el final del mes en que el miembro cumple 19 años.

Los beneficios de atención de la visión se proporcionan a través del plan de Servicios de la Visión (Vision Service plan, VSP). Su extensa red nacional de proveedores de cuidado médico ofrece cuidado profesional de la visión a los miembros que tienen cobertura en virtud de esta Evidencia de cobertura. Si no puede encontrar un proveedor de cuidado médico accesible, llame al VSP gratuitamente al 1-800-877-7195, y un representante de atención al cliente le ayudará a encontrar otro proveedor de cuidado médico. Los beneficios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Examen de la visión de rutina, que incluye dilatación si se indica profesionalmente, y refracción para determinar la necesidad de corrección visual y proporcionar una receta médica para lentes oculares.

- Lentes para anteojos: si prefiere usar anteojos en lugar de lentes de contacto, cubrimos un par de anteojos recetados por año, que incluye tanto el armazón como los lentes para anteojos regulares cuando los receta un médico u optometrista y se adquieren a través de la red de VSP.
 - El plan cubre un lente de equilibrio transparente cuando solo un ojo necesita corrección.
 - El plan cubre lentes de policarbonato, revestimiento resistente a rayones, revestimiento ultravioleta y rosado I y II. El beneficio por baja visión abarca filtros solares para miembros con fotofobia (con el diagnóstico correspondiente), para tratar la degeneración macular y la retinitis pigmentosa.
 - Los “lentes para anteojos comunes” son lentes que cumplen con todos los siguientes requisitos:
 - Son lentes transparentes de vidrio, plástico o policarbonato.
 - Al menos uno de los dos lentes cumple con los criterios mínimos de receta médica del VSP en cuanto a que la potencia combinada en cualquier meridiano sea de $\pm 0,50$ dioptrías o más en al menos un ojo, o que ocurra una de las siguientes excepciones:
 - Prisma necesario de 0,50 dioptrías o más en al menos un ojo.
 - Anisometropía de 0,50 dioptrías o más en al menos un ojo.
 - Potencia cilíndrica de $\pm 0,50$ dioptrías o más en al menos un ojo.
 - Son lentes estándares de visión sencilla, multifocales con línea o lenticulares.
- Lentes de contacto: si prefiere usar lentes de contacto en lugar de anteojos, el plan cubre lo siguiente (incluyendo la adaptación y la entrega) cuando los receta un médico u optometrista y se adquieren a través de la red del plan de Servicios de Visión:
 - Lentes de contacto estándares (rígidos): un par de lentes en cualquier período de 12 meses; o
 - Lentes de contacto desechables: lentes de contacto con receta médica cubiertos con un suministro mínimo de tres meses para cualquiera de las siguientes modalidades:
 - mensual (suministro de seis meses)
 - semanal y bisemanal (suministro de tres meses)
 - diario (suministro de tres meses)
- Lentes de contacto especiales:
 - El plan cubre los siguientes lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia cuando los receta un proveedor de cuidado médico participante:
 - Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluyendo la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia (ausencia de iris).
 - Lentes de contacto afáquicos médicamente necesarios por ojo (incluyendo la adaptación y la entrega) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia del cristalino del ojo).

- Para otros lentes de contacto especiales médicamente necesarios cuyo uso comporte una mejora significativa de su visión que no se pueda obtener con lentes de anteojos, el plan cubre ya sea un par de lentes de contacto (incluyendo la adaptación y la entrega) o un suministro anual de lentes de contacto desechables (incluyendo la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses.
- Se puede determinar que los lentes de contacto son médicamente necesarios en el tratamiento de las siguientes afecciones: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniseiconia, aniridia, trastornos corneales, trastornos postraumáticos, astigmatismo irregular. Los lentes de contacto médicamente necesarios se entregarán en lugar de otros anteojos.
- Servicios para baja visión: si un dispositivo para baja visión proporciona una mejora significativa en su visión que no se puede obtener con anteojos o lentes de contacto (o con una combinación de anteojos y lentes de contacto), el plan cubre dos exámenes complementarios para baja visión cada dos años de servicio, y ayudas para baja visión cada dos años de servicio, junto con servicios de recetas médicas y ayudas ópticas.
- Los servicios descritos en la sección “Atención de la visión pediátrica” son adicionales a los servicios descritos en “Servicios de la visión”.

Cobertura para PANDAS y PANS

El plan cubre la profilaxis, el diagnóstico y el tratamiento médicamente necesario del trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado con infecciones estreptocócicas (“PANDAS”) y el síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico (“PANS”) que un médico y cirujano tratante recete y ordene y que el plan autorice. La cobertura del tratamiento incluye antibióticos, medicamentos y terapias de comportamiento para controlar los síntomas neuropsiquiátricos; medicamentos inmunomoduladores; intercambio de plasma; y terapia con inmunoglobulina intravenosa. Consulte el *Resumen de beneficios* para conocer los copagos, coseguros, deducibles u otros costos compartidos aplicables en relación con el tratamiento de PANDAS y PANS.

Fenilcetonuria (PKU)

El plan cubre las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU), incluyendo las fórmulas y los productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un médico con licencia y administrada por un proveedor de cuidado médico en consulta con un médico que se especializa en el tratamiento de enfermedades metabólicas y que participe en el plan o cuente con su autorización. La dieta debe considerarse médicamente necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normales. La cobertura se proporciona solo para los costos que excedan el costo de una dieta normal.

“Fórmula” es un producto o productos enterales para uso en el hogar que receta un médico o una enfermera especialista titulada o que ordena un dietista registrado tras la referencia de un proveedor de cuidado médico autorizado para recetar tratamientos dietarios, según sea médicamente necesario para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU).

Un “producto alimenticio especial” es un producto alimenticio que cumple con los siguientes requisitos:

- Lo receta un médico o enfermera especialista titulada para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) y es consistente con las recomendaciones y prácticas recomendadas de profesionales de la salud calificados con experiencia pertinente y experiencia en el tratamiento y la atención de la fenilcetonuria (PKU). No incluye un alimento que sea naturalmente bajo en proteínas, pero puede incluir un producto alimenticio que esté especialmente formulado para tener menos de un gramo de proteína por porción.
- Se usa en lugar de productos alimenticios habituales, como los alimentos de supermercado, que usa la población general.

Servicios de cuidado preventivo

El plan cubre diversos servicios de cuidado preventivo, que incluyen, entre otros:

- Exámenes de mantenimiento físico de rutina, incluidos los exámenes preventivos para la mujer (consulte “Atención ambulatoria”).
- Exámenes prenatales de rutina programados (consulte “Atención ambulatoria”).
- Exámenes de niño sano (consulte “Atención ambulatoria”).
- Programas de asesoramiento sobre educación para la salud (consulte “Educación sobre la salud”).
- Inmunizaciones (consulte “Atención ambulatoria”).
- Servicios de laboratorio e imágenes preventivos de rutina (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Servicios o artículos basados en evidencia recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos con una calificación de “A” o “B” vigentes al 1.º de enero de 2025, o cualquier modificación o suplemento a esa recomendación adoptado por el Departamento de Salud Pública de California de conformidad con la sección 120164 del Código de Salud y Seguridad. Estos artículos están cubiertos sin costo para usted, incluyendo los artículos o servicios integrales.
- Inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, con respecto al miembro, vigentes al 1.º de enero de 2025, o cualquier modificación o suplemento a esa recomendación adoptado por el Departamento de Salud Pública de California de conformidad con la sección 120164 del Código de Salud y Seguridad. Estos artículos están cubiertos sin costo para usted, incluyendo los artículos o servicios integrales.
- Servicios preventivos recomendados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud e incorporados en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para mujeres, bebés, niños y adolescentes vigentes al 1.º de enero de 2025, o cualquier modificación o suplemento a esa recomendación adoptado por el Departamento de Salud Pública de California de conformidad con la sección 120 164 del Código de Salud y Seguridad. Estos artículos están cubiertos sin costo para usted, incluyendo los artículos o servicios integrales.
- Pruebas de enfermedades venéreas (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).

- Exámenes de citología a intervalos periódicos razonables.

Dispositivos protésicos y ortopédicos

El plan cubre los dispositivos como se describe en este apartado “Dispositivos protésicos y ortopédicos” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general, está destinado para su uso repetitivo y se usa principal y habitualmente con fines médicos.
- El dispositivo es el dispositivo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo del proveedor de cuidado médico o proveedor que nosotros elijemos.

La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos dispositivos, su reparación o reemplazo, y los servicios para determinar si necesita un dispositivo protésico u ortopédico. Si el plan cubre un dispositivo de reemplazo, usted pagará el costo compartido que pagaría por obtener ese dispositivo.

Dispositivos internos implantados

El plan cubre dispositivos protésicos y ortopédicos, tales como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de cadera, si se implantan durante una cirugía que cubrimos bajo otro apartado de la sección “Beneficios cubiertos”.

Dispositivos externos

El plan cubre los siguientes aparatos protésicos y ortopédicos externos:

- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación para restaurar un método de habla después de la extirpación de toda o parte de la laringe (esta cobertura no incluye máquinas electrónicas de producción de voz, las cuales no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía médicamente necesaria, incluyendo prótesis hechas a la medida cuando sean médicamente necesarias y hasta tres sostenes necesarios para sostener una prótesis cada 12 meses.
- Dispositivos podiátricos (incluyendo calzado) para prevenir o tratar complicaciones de pie cuando los recete un proveedor de cuidado médico participante que sea médico o podiatra.
- Prendas de compresión y vendas y prendas para linfedema.
- Nutrición enteral y parenteral para miembros que requieren alimentación por sonda de acuerdo con las pautas de Medicare: fórmula y aditivos enterales, para adultos y pediátricos, incluidos los destinados a enfermedades hereditarias del metabolismo; botiquines de suministros para alimentación enteral; bomba de infusión de nutrición enteral; sondas enterales; sonda de gastrostomía o yeyunostomía y adaptador de sonda; sonda nasogástrica; bomba de infusión de nutrición parenteral; soluciones de nutrición parenteral; sonda estomacal; y suministros para inyecciones autoadministradas.

- Prótesis para reemplazar total o parcialmente una parte externa facial del cuerpo que se extirpó o se deterioró como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Cobertura de servicios relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos descrita en otras secciones

- Lentes de contacto para tratar la aniridia o la afaquia (consulte “Servicios de la visión”).

Cirugía reconstructiva

El plan cubre los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un proveedor de cuidado médico participante determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible.
- Después de la extirpación médicamente necesaria de todo o parte de un seno, el plan cubre la reconstrucción del seno, la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y el tratamiento de complicaciones físicas, incluido el linfedema.
- Cirugía reconstructiva de conformidad con la sección 1374.72 del Código de Salud y Seguridad. Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la función, o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el miembro, de acuerdo con el estándar de atención que practican médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en la atención solicitada.

Cobertura de servicios relacionados con la cirugía reconstructiva descrita en otras secciones

- Servicios dentales y de ortodoncia que son parte integral de la cirugía reconstructiva para el paladar hendido (consulte “Servicios dentales y de ortodoncia”).
- Imágenes y laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”).
- Prótesis y aparatos ortopédicos (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Servicios de rehabilitación y habilitación

El plan cubre los servicios descritos en la sección “Servicios de rehabilitación y habilitación” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son para tratar una afección de salud.

- Los servicios son para ayudarle a adquirir o mejorar parcial o totalmente las habilidades y el funcionamiento necesarios para realizar las actividades de la vida diaria, en la mayor medida posible.

El plan cubre los siguientes servicios:

- Terapia física, ocupacional y del habla ambulatoria, individual y grupal, relacionada con el trastorno del espectro autista.
- Toda otra terapia física, ocupacional y del habla ambulatoria, individual y grupal.
- Terapia física, ocupacional y del habla que se proporcione en un programa de tratamiento diurno de rehabilitación multidisciplinario organizado, un centro de enfermería especializada (sujeto a los límites de días descritos en la sección “Atención de enfermería especializada”) y un hospital para pacientes hospitalizados (incluido el tratamiento en un programa de rehabilitación multidisciplinario organizado).

Los límites para los servicios de rehabilitación y habilitación no se combinarán.

Cobertura para servicios relacionados con servicios de rehabilitación y habilitación descrita en otras secciones

- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista (consulte “Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista”).
- Atención médica a domicilio (consulte “Atención médica a domicilio”).
- Equipo médico duradero (consulte “Equipo médico duradero”).
- Suministros de ostomía y urológicos (consulte “Suministros para ostomía y urológicos”).
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado

El plan cubre los costos de atención rutinaria del paciente por los servicios que reciba en relación con un Ensayo clínico aprobado si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El plan habría cubierto los servicios si no estuvieran relacionados con un ensayo clínico.
- Usted es elegible para participar en el ensayo clínico de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra afección Potencialmente mortal (una afección para la cual es probable que se produzca el fallecimiento a menos que se interrumpa el curso de la afección), según se determine de una de las siguientes maneras:
 - Un proveedor de cuidado médico participante toma esta determinación.
 - Usted nos proporciona información médica y científica que establece esta determinación.
- Si un proveedor de cuidado médico participante participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en él, usted debe participar en el ensayo clínico a través de un proveedor de cuidado médico participante, a menos que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.

- El ensayo clínico es un Ensayo clínico aprobado.

Atención de enfermería especializada

Dentro de nuestra área de servicio, el plan cubre hasta 100 días por período de beneficios (incluyendo cualquier día que el plan haya cubierto bajo cualquier otra evidencia de cobertura ofrecida por el plan) de servicios de hospitalización especializada en un centro de enfermería especializada. Los servicios de hospitalización especializada deben recibirse habitualmente de un centro de enfermería especializada y deben ser superiores al nivel de atención de custodia o intermedio.

Un período de beneficios comienza en la fecha en que se le admite en un hospital o centro de enfermería especializada con un nivel especializado de atención. Un período de beneficios termina en la fecha en que ya no es un paciente hospitalizado en un hospital o centro de enfermería especializada y no recibió un nivel especializado de atención durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios puede comenzar solo después de que termine cualquier período de beneficios existente. No se requiere una estadía previa de tres días en un hospital de cuidados intensivos.

El plan cubre los siguientes servicios en un centro de enfermería especializada:

- servicios médicos y de enfermería
- alojamiento y comida
- medicamentos recetados por un proveedor de cuidado médico participante como parte de su plan de atención en el centro de enfermería especializada del plan, de acuerdo con las pautas de nuestra Lista de medicamentos aprobados, si se los administra el personal médico del centro de enfermería especializada del plan
- equipo médico duradero de acuerdo con nuestra lista de equipo médico duradero, si los centros de enfermería especializada normalmente proporcionan el equipo
- servicios de imágenes y de laboratorio que los centros de enfermería especializada proporcionan normalmente
- servicios sociales médicos
- sangre, productos sanguíneos y su administración
- suministros médicos
- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista
- terapia respiratoria

Cobertura para servicios relacionados con la atención de enfermería especializada descrita en otras secciones

- Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Terapia física, ocupacional y del habla (consulte “Servicios de rehabilitación y habilitación”).

Trasplantes

El plan cubre trasplantes de órganos, tejido o médula ósea si un proveedor de cuidado médico participante proporciona una referencia por escrito para que se le brinde atención en un centro de trasplantes. Después de la referencia a un centro de trasplantes, se aplica lo siguiente:

- Si su proveedor de cuidado médico o el centro de referencia determina que usted no cumple con sus respectivos criterios para un trasplante, el plan solo cubrirá los servicios que reciba antes de que se defina esa determinación.
- El plan de salud, los Hospitales participantes y el proveedor de cuidado médico participante no son responsables de buscar, proporcionar o garantizar la disponibilidad de un donante de órganos, tejido o médula ósea.
- De acuerdo con las pautas del plan para servicios para donantes de trasplantes vivos, el plan proporciona ciertos servicios relacionados con la donación para un donante, o una persona identificada como posible donante, independientemente de si el donante es un miembro. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted, lo cual puede incluir ciertos servicios para la extracción del órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de complicaciones; las pautas son las siguientes:
 - Los servicios están directamente relacionados con un servicio de trasplante cubierto para un miembro o son necesarios para evaluar a posibles donantes; extraer el órgano, la médula ósea o las células madre; o tratar complicaciones resultantes de la evaluación o donación, pero no incluyen transfusiones de sangre ni productos sanguíneos.
 - El donante recibe beneficios cubiertos a más tardar 90 días después del servicio de extracción o evaluación.
 - El donante recibe servicios dentro de Estados Unidos, con la excepción de que las limitaciones geográficas no se aplican al tratamiento de extracción de células madre.
 - El donante recibe autorización previa por escrito para los servicios de evaluación y extracción.
 - Para los servicios de tratamiento de complicaciones, el donante recibe servicios y atención que no son de emergencia después de una autorización previa por escrito, o recibe servicios y atención de emergencia que el plan habría cubierto si el miembro los hubiera recibido.
 - En caso de que la membresía del plan del miembro finalice después de la donación o extracción, pero antes de que expire el límite de tiempo de 90 días para los servicios de tratamiento de complicaciones, continuaremos pagando los beneficios cubiertos para el donante durante 90 días después del servicio de extracción o evaluación.

El plan proporcionará o pagará los servicios relacionados con la donación para donantes reales o potenciales (sean o no miembros) de acuerdo con las pautas del plan para servicios de donantes sin costo alguno.

Cobertura para servicios relacionados con los servicios de trasplante descrita en otras secciones

- Imágenes y laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Imágenes, laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención ambulatoria”).

Trastornos de la articulación temporomandibular

El plan cubre los tratamientos y procedimientos quirúrgicos médicamente necesarios para cualquier afección que afecte directamente al maxilar superior o inferior, o a las articulaciones óseas asociadas.

Servicios de la visión

El plan cubre lo siguiente:

- Exámenes de la visión de rutina que son servicios de cuidado preventivo.
- Exámenes de refracción ocular a fin de determinar la necesidad de corrección de la visión y proporcionar una receta para lentes de anteojos para miembros adultos de 19 años o más.
- Servicios de la visión pediátricos, según se describe en “Servicios pediátricos”, en la sección “Beneficios cubiertos”.

Lentes de contacto especiales para aniridia y afaquia

El plan cubre sin limitaciones de edad los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un proveedor de cuidado médico participante:

- Hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluyendo la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia (ausencia de iris).
- Hasta seis lentes de contacto afáquicos médicamente necesarios por ojo (incluyendo la adaptación y la entrega) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia del cristalino del ojo).

Cobertura para servicios relacionados con los servicios de la visión descrita en otras secciones

- Servicios relacionados con el ojo o la visión que no sean los servicios cubiertos conforme al apartado “Servicios de la visión”, tales como cirugía ambulatoria y Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el encabezado correspondiente en la sección “Beneficios cubiertos”).

Exclusiones y limitaciones

El plan no cubre los servicios o suministros enumerados a continuación que están excluidos de la cobertura o que exceden las limitaciones descritas en esta Evidencia de cobertura.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican a los servicios básicos de atención médica médicamente necesarios que deben cubrirse según la legislación de California o la legislación federal, incluyendo, entre otros, el tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, así como los servicios preventivos que deben cubrirse según la legislación de California o la legislación federal.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican cuando están cubiertas por el Plan o las exige la ley.

Exclusiones y limitaciones generales

1. Servicios de acupuntura

El plan no cubre servicios de acupuntura, excepto según se describe en la Evidencia de cobertura en “Atención ambulatoria”, en la sección “Beneficios cubiertos”, o según lo exija la ley.

2. Servicios quiroprácticos

El plan no cubre servicios quiroprácticos, excepto según lo exija la ley.

3. Ensayos clínicos

El plan no cubre ensayos clínicos, excepto los Ensayos clínicos aprobados según se describe en “Servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado”, en la sección “Beneficios cubiertos” de la Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

La cobertura para Ensayos clínicos aprobados no incluye lo siguiente:

- El medicamento, artículo o servicio en investigación en sí.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos que no se utilizan en la gestión clínica directa del miembro.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios excluidos específicamente de la cobertura en la Evidencia de cobertura, excepto los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que deban cubrirse de conformidad con la ley estatal y federal.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que el patrocinador de la investigación proporciona habitualmente sin costo alguno a un participante de un ensayo clínico.

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un miembro al proceso de revisión independiente de Servicios experimentales o Servicios de investigación, según se describe en el apartado *“Revisión médica independiente para la denegación de Servicios experimentales o Servicios de investigación”* de la sección “Resolución de disputas” de esta Evidencia de cobertura; ni a la Revisión médica independiente (IMR) del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC), según se describe en el apartado *“Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud”* de la sección “Resolución de disputas” de esta Evidencia de cobertura.

4. Servicios, suministros o cirugías cosméticas

Este plan no cubre servicios, suministros o cirugías cosméticas que retrasen o reviertan los efectos del envejecimiento, o que alteren o remodelen estructuras normales del cuerpo, con el fin de mejorar la apariencia en lugar de la función, excepto según se describe en el apartado *“Cirugía reconstructiva”*, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley. El plan no cubre ningún servicio, suministro o cirugía para la promoción, prevención u otro tratamiento de la pérdida o el crecimiento del cabello, excepto según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Tratamiento médicamente necesario de complicaciones resultantes de cirugías cosméticas, tales como infecciones o hemorragias.
- Cirugía reconstructiva según se describe en el apartado *“Cirugía reconstructiva”*, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura.
- Para la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar la función, o crear una apariencia normal en la medida de lo posible, para el género con el que se identifica el miembro, de acuerdo con el estándar de atención que practican médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en la atención solicitada, según se describe en el apartado *“Cirugía reconstructiva”*, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura.

5. Atención de custodia o domiciliaria

Este plan no cubre la atención de custodia, que implica asistencia con las actividades de la vida diaria, e incluye, con carácter no excluyente, ayuda para caminar, levantarse y acostarse, bañarse, vestirse, preparar e ingerir dietas especiales y supervisar medicamentos que normalmente se autoadministran. Tampoco cubre el cuidado domiciliario, que implica un arreglo de vivienda supervisado en un entorno similar al hogar para adultos que no pueden vivir solos debido a impedimentos relacionados con la edad o discapacidades físicas, mentales o visuales, excepto según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Asistencia con actividades de la vida diaria que requiere los servicios regulares de profesionales médicos o de salud capacitados o es proporcionada regularmente por estos.
- Asistencia con las actividades de la vida diaria que se proporciona como parte de servicios cubiertos de cuidados paliativos, servicios de centros de enfermería especializada, atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o servicios que se proporcionan en un centro de atención médica, incluyendo servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

6. Suplementos dietéticos o nutricionales

Este plan no cubre suplementos dietéticos o nutricionales, excepto según se describe en los apartados “*Medicamentos con receta, suministros y suplementos*” (sección “Beneficios cubiertos”) y “*Dispositivos protésicos y ortopédicos*” (sección “Beneficios cubiertos”) de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

7. Suministros desechables para uso doméstico

Este plan no cubre suministros desechables para uso doméstico, tales como vendas, gasas, cintas, antisépticos, apósitos, pañales y suministros para la incontinencia, excepto según se describe en “*Equipo médico duradero*”, “*Atención médica a domicilio*”, “*Cuidados paliativos*”, “*Suministros para ostomía y urológicos*” y “*Medicamentos con receta, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

8. Servicios experimentales o servicios de investigación

Este plan no cubre servicios experimentales ni servicios de investigación, excepto según se describe en “*Servicios en relación con un Ensayo clínico aprobado*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

“Servicios experimentales” se refiere a medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una fase de prueba sometidos a estudios de laboratorio o con animales antes de realizar pruebas en humanos. Los servicios experimentales no están en etapa de investigación clínica.

“Servicios de investigación” se refiere a aquellos medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los cuales se completaron estudios de laboratorio o con animales y para los cuales los estudios en humanos están en curso, pero aún sucede lo siguiente:

1. las pruebas no están completas; y
2. aún no se han garantizado la eficacia y seguridad de dichos servicios en sujetos humanos; y
3. el servicio no es de uso generalizado.

La determinación de que un servicio es un servicio experimental o un servicio de investigación se basa en lo siguiente:

1. Referencia a las regulaciones federales pertinentes, tales como las que se incluyen en el capítulo IV (Administración de financiamiento de la atención médica) del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations), y el capítulo I (Administración de Alimentos y Medicamentos) del título 21 del Código de Regulaciones Federales.
2. Consulta con organizaciones de proveedores, especialistas académicos y profesionales pertinentes al servicio específico.
3. Referencia a la bibliografía médica actual.

Sin embargo, si el plan deniega o retrasa la cobertura del servicio que usted solicitó sobre la base de que es un servicio experimental o un servicio de investigación, y usted cumple con todos los requisitos establecidos a continuación, el plan debe proporcionar una revisión externa e independiente.

Requisitos

1. Usted debe tener una afección potencialmente mortal o seriamente debilitante.
2. Su proveedor de cuidado médico debe certificar ante el plan que usted tiene una afección potencialmente mortal o seriamente debilitante para la cual las terapias estándares no han sido efectivas para mejorar su afección, son médicamente inapropiadas o no existe una terapia estándar más beneficiosa con cobertura del plan.
3. (a) Su proveedor de cuidado médico, quien tiene un contrato con el plan o es empleado por este, recomendó un medicamento, un dispositivo, un procedimiento u otra terapia que el proveedor de cuidado médico certifique por escrito que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier terapia estándar disponible; o (b) usted o su proveedor de cuidado médico, quien es un médico con licencia, certificado por la junta o elegible para la certificación de la junta, calificado para ejercer en el área de práctica apropiada para tratar su afección, solicitó una terapia que, con base en dos documentos de evidencia médica y científica aceptable, probablemente sea más beneficiosa para usted que cualquier terapia estándar disponible.
4. El plan le ha denegado la cobertura del servicio recomendado o solicitado.
5. Si no fuera por la determinación del plan de que el servicio recomendado o solicitado es un servicio experimental o un servicio de investigación, estaría cubierto.

Proceso de revisión externa e independiente

Si el plan deniega la cobertura de la terapia recomendada o solicitada y usted cumple con todos los requisitos, el plan le notificará dentro de los cinco días hábiles siguientes de su decisión y la de la posibilidad de solicitar una revisión externa de la decisión del plan. Si su proveedor de cuidado médico determina que el servicio propuesto sería significativamente menos eficaz si no se inicia con prontitud, usted puede solicitar una revisión acelerada, y los expertos del panel de revisión externa emitirán una decisión dentro de los siete días siguientes a su solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el plan cubra el servicio recomendado o solicitado,

la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y las condiciones que se aplican generalmente a otros beneficios a los que usted tiene derecho.

Revisión médica independiente (IMR) del DMHC

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un miembro a solicitar una IMR del DMHC como se describe en “*Revisión por parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud*”, en la sección “Resolución de disputas” de esta Evidencia de cobertura. En ciertas circunstancias, no es necesario que recurra al proceso de quejas o apelaciones del plan antes de solicitar una IMR por la denegación de Servicios experimentales o Servicios de investigación. En tales casos, puede comunicarse inmediatamente con el DMHC para solicitar una IMR de esta denegación. Consulte la sección “Resolución de disputas”.

9. Audífonos

Este plan no cubre audífonos, excepto según lo exija la ley.

El Programa de Cobertura de Audífonos para Niños (Hearing Aid Coverage for Children Program, HACCP) ofrece cobertura de audífonos financiada por el estado para niños y jóvenes elegibles, de 0 a 20 años. Para obtener más información y presentar una solicitud, visite <https://www.dhcs.ca.gov/HACCP>.

10. Inmunizaciones

Este plan no cubre inmunizaciones que no sean médicamente necesarias o que sean preventivas únicamente para viajes al extranjero o fines ocupacionales, excepto según lo exija la ley.

11. Proveedores sin licencia o sin certificación

Este plan no cubre tratamientos o servicios prestados por un proveedor de cuidado médico sin licencia o sin certificación, excepto según se describe en “*Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias que proporcione o suministre un proveedor de cuidado médico que actúe dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación del proveedor conforme a la ley estatal aplicable, o que esté bajo su dirección.

12. Artículos personales o de comodidad

Este plan no cubre artículos personales o de comodidad, tales como Internet, teléfonos, artículos de higiene personal, servicios de entrega de alimentos o servicios para ayudar con el cuidado personal, excepto según lo exija la ley.

13. Medicamentos con receta/medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Este plan no cubre los siguientes medicamentos con receta, excepto según lo exija la ley:

- Cuando se receten para servicios cosméticos. Para los fines de esta exclusión, “cosmético” significa medicamentos que se recetan únicamente con el propósito de alterar o afectar la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia en lugar de la función.
- Cuando se receten únicamente para el tratamiento de la caída del cabello, la disfunción sexual, el rendimiento deportivo, fines cosméticos, el antienvjecimiento con fines cosméticos y el rendimiento mental. La exclusión no se aplica a los medicamentos para el rendimiento mental cuando sean médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales diagnosticadas o afecciones médicas que afecten la memoria, incluyendo, entre otras cosas, el tratamiento de las afecciones o los síntomas de demencia o demencia progresiva.
- Cuando se receten únicamente con el propósito de perder peso, excepto cuando sea médicamente necesario para el tratamiento de obesidad clase III o grave. Puede requerirse la inscripción en un programa integral de pérdida de peso, si tiene cobertura del plan, por un período de tiempo razonable antes o simultáneamente a la recepción del medicamento con receta.
- Cuando se receten únicamente con el propósito de acortar la duración del resfriado común.
- Medicamentos con receta que se pueden comprar sin receta o para los cuales existe un equivalente de venta sin receta (el mismo ingrediente activo, concentración y forma de dosificación que el medicamento con receta). Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:
 - insulina;
 - medicamentos que se pueden comprar sin receta según la cobertura de servicios preventivos, *por ejemplo*, medicamentos anticonceptivos que pueden comprarse sin receta aprobados por la FDA;
 - medicamentos que se pueden comprar sin receta para la reversión de una sobredosis de opioides; o
 - una clase completa de medicamentos con receta cuando un medicamento dentro de esa clase pasa a ser un medicamento que puede comprarse sin receta.
- Reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos cuando los receten proveedores que no tienen contrato para procedimientos sin cobertura y que no cuenten con la autorización de un plan o un proveedor del plan, excepto cuando se requiera la cobertura de otro modo en el contexto de servicios y atención de emergencia.

14. Enfermería de cuidado privado

Este plan no cubre servicios de enfermería de cuidado privado en el hogar, un hospital o un centro de cuidado a largo plazo, excepto según lo exija la ley.

15. Reversión de esterilización voluntaria

Este plan no cubre la reversión de la esterilización voluntaria, excepto para el tratamiento médicamente necesario de complicaciones médicas, o según lo exija la ley.

16. Examen físico de rutina

Este plan no cubre exámenes físicos solamente para fines relacionados con viajes, seguros, licencias, empleo, escuela, campamentos, exámenes ordenados por un tribunal, exámenes previos a la participación en programas deportivos u otro propósito no preventivo, excepto según lo exija la ley.

17. Embarazo subrogado

Este plan no cubre pruebas, servicios o suministros para una persona que no está cubierta bajo este plan para un embarazo subrogado, excepto según lo exija la ley.

18. Terapias

Este plan no cubre las siguientes terapias físicas y ocupacionales, excepto según se describe en los apartados “*Atención médica a domicilio*”, “*Cuidados paliativos*” o “*Servicios de rehabilitación y habilitación*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley:

- terapia de masaje, a menos que sea un componente de un plan de tratamiento;
- capacitación o terapia para el tratamiento de discapacidades de aprendizaje o problemas de comportamiento;
- capacitación o terapia de habilidades sociales; y
- terapia vocacional, educativa, recreativa, de arte, danza, música o lectura.

19. Viajes y alojamiento

Este plan no cubre transporte, millaje, alojamiento, comidas y otros costos de viaje relacionados con el miembro, excepto el servicio de ambulancias con licencia o transporte psiquiátrico según se describe en los apartados “*Cirugía bariátrica*” y “*Servicios de ambulancia*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

20. Programas de control de peso y programas de ejercicio

Este plan no cubre programas de control de peso ni programas de ejercicio, excepto según lo exija la ley.

Exclusiones y limitaciones relativas a la atención dental

21. Servicios dentales para adultos

Este plan no cubre servicios ni suministros dentales para miembros de 19 años en adelante, excepto según se describe en el apartado “*Servicios dentales y de ortodoncia*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

22. Servicios dentales pediátricos

Este plan no cubre servicios ni suministros dentales para miembros de hasta 19 años, excepto según se describe en el apartado “*Servicios dentales y de ortodoncia*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura; en la EOC de Liberty Dental; o según lo exija la ley. Las exclusiones y limitaciones para los servicios dentales pediátricos cubiertos se proporcionan en la EOC de Liberty Dental, que se incluye bajo el título Documento combinado de Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación del plan de beneficios dentales pediátricos esenciales individuales de California en esta EOC.

Exclusiones y limitaciones relativas a la visión

23. Servicios de la visión para adultos

Este plan no cubre servicios de la visión para miembros de 19 años en adelante, excepto según se describe en el apartado “*Servicios de la visión*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura, o según lo exija la ley.

24. Servicios de la visión pediátricos

Este plan no cubre los siguientes servicios de visión para miembros de hasta 19 años, excepto según se describe en el apartado “*Servicios pediátricos*”, en la sección “Beneficios cubiertos” de esta Evidencia de cobertura; o según se describe en la EOC del plan de Servicios de Visión, que se incluye en esta EOC bajo el título Documento combinado de Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación del plan de beneficios dentales pediátricos esenciales individuales de California; o según lo exija la ley. Las exclusiones y limitaciones para los servicios de la visión pediátricos cubiertos se detallan en la EOC del plan de Servicios de la Visión, que se incluye en esta EOC bajo el título Documento combinado de Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de divulgación del plan de beneficios de la visión pediátricos esenciales individuales de California.

Información general

Participación en el programa de beneficios

CalOptima Health aplicará esta Evidencia de cobertura y formulario de divulgación para tomar determinaciones sobre sus beneficios. CalOptima Health velará por el interés superior de todas las personas elegibles para recibir beneficios. CalOptima le proporcionará una copia física de esta Evidencia de cobertura si la solicita.

Avisos

Cualquier aviso que se requiera o permita en virtud de esta Evidencia de cobertura debe hacerse por escrito y entregarse personalmente, por correo postal regular, registrado o certificado, mediante el servicio de correo urgente del Servicio Postal de los EE. UU. o por servicio de mensajería nocturno, con franqueo pagado, en las direcciones que se indican a continuación:

Si el envío es a CalOptima Health:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Si es para el miembro:

La última dirección del miembro conocida por CalOptima Health.

Cualquier aviso que se envíe por correo certificado o registrado, con acuse de recibo solicitado, se considerará entregado en la fecha de entrega que figura en el comprobante de recibo o, si no figura ninguna fecha de entrega, en la fecha del sello postal. Si se envía por correo regular, el aviso se considerará entregado 48 horas después de referir y enviar el aviso por correo con el franqueo pagado. Los avisos que se entreguen a través del servicio de correo urgente del Servicio Postal de los EE. UU. o por un servicio de mensajería nocturno se considerarán entregados 24 horas después de la entrega del aviso al Servicio Postal de los Estados Unidos o al servicio de mensajería.

Cómo recibe el pago un proveedor

CalOptima Health paga a su médico, hospital u otro proveedor de diferentes maneras, como las que se detallan a continuación:

- una tarifa por cada servicio;
- tarifas por caso;
- tarifas diarias;
- capitación, que es un monto fijo, independientemente de los servicios prestados.

A veces, se recompensa a los proveedores por brindar atención de calidad a los miembros de CalOptima Health. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Responsabilidad financiera del miembro por pagos a proveedores

Nuestros contratos con los proveedores de cuidado médico participantes estipulan que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que deba pagar el precio total por los beneficios no cubiertos que reciba de proveedores de cuidado médico participantes o no participantes. Si CalOptima Health no paga a los proveedores de cuidado médico no participantes o no cubre el costo total de los servicios que usted recibe de proveedores de cuidado médico no participantes, es posible que deba pagar al proveedor de cuidado médico no participante por el costo de los servicios que le brinde.

Cuando se le refiera a un proveedor de cuidado médico participante para obtener beneficios cubiertos, usted pagará el costo compartido requerido por los servicios de ese proveedor de cuidado médico, tal como se describe en esta Evidencia de cobertura.

Disposiciones de reembolso (si recibe una factura)

En la mayoría de los casos, no necesitará presentar un reclamo para recibir beneficios o para que paguemos los beneficios cubiertos. Los proveedores de cuidado médico facturarán directamente a CalOptima Health por los beneficios cubiertos, incluidos aquellos que nosotros autorizamos. Sin embargo, si necesitan presentar un reclamo, los miembros pueden enviar las facturas o los resúmenes de cuenta de los proveedores de cuidado médico, o un reclamo de reembolso si pagó directamente por los beneficios cubiertos, a nuestro Departamento de Reclamos a la siguiente dirección:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

A fin de cumplir con los requisitos para el reembolso, el reclamo de reembolso debe presentarse dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio para los proveedores de cuidado médico participantes y dentro de los 180 días a partir de la fecha del servicio para los proveedores de cuidado médico no participantes y los miembros. Puede llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY: 711 si tiene sordera o dificultades auditivas)**.

Le reembolsaremos el monto o pagaremos el reclamo hasta el costo permitido de su plan menos cualquier costo compartido que se aplique, si el servicio es un beneficio cubierto o si autorizamos el servicio, según corresponda. Es posible que deba presentar un reclamo de reembolso cuando reciba los siguientes beneficios cubiertos:

- Servicios y atención de emergencia recibidos de un proveedor de cuidado médico no participante.
- Servicios de atención de urgencia recibidos de un proveedor de cuidado médico no participante.
- Medicamentos de emergencia, como anticonceptivos de emergencia.

Contratistas independientes

Las redes, los médicos, los hospitales y otros proveedores de cuidado médico de CalOptima Health no son agentes ni empleados de CalOptima Health. Son contratistas independientes. Aunque CalOptima Health acredita regularmente a los médicos que brindan servicios a los miembros, CalOptima Health no brinda estos servicios directamente. En consecuencia, CalOptima Health no es responsable de las acciones u omisiones de ninguna persona que brinde estos servicios a los miembros. Esto incluye a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico o sus empleados.

Coordinación de beneficios

Si usted tiene Medicare u otra cobertura de programas gubernamentales, coordinaremos los beneficios con su otra cobertura en virtud de las reglas aplicables del programa gubernamental. Las reglas del programa gubernamental determinan qué cobertura paga primero, o es “primaria”, y qué cobertura paga en segundo lugar, o es “secundaria”. Debe proporcionarnos la información que le solicitemos para ayudarnos a coordinar los beneficios. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health para conocer qué reglas se aplican a su situación y cómo se coordina el pago.

En caso de que CalOptima Health cubra beneficios mayores a los requeridos por la ley, CalOptima Health o el plan de salud de la red tiene el derecho de recuperar el pago excedente de cualquier persona o entidad que pueda haberse beneficiado del pago excedente. Como miembro de CalOptima Health, usted acepta ayudar a CalOptima Health a recuperar cualquier pago excedente.

Responsabilidad de terceros

CalOptima Health proporcionará beneficios cubiertos cuando un tercero cause una lesión o enfermedad. El término “tercero” incluye a compañías de seguros, individuos o agencias gubernamentales. De conformidad con las leyes del estado de California, CalOptima Health o el plan de salud de la red pueden establecer un derecho de retención sobre cualquier pago o derecho a pago que usted haya recibido o pueda recibir como resultado de una lesión o enfermedad causada por un tercero. En el monto de este reclamo de derecho de retención se incluyen:

- Los costos razonables y reales pagados por los servicios de atención médica que se le brindaron.
- Un monto adicional en virtud de las leyes del estado de California.

Como miembro, usted también acepta ayudar a CalOptima Health a recuperar los pagos por los servicios prestados. Para ello, es posible que deba firmar o proporcionar los documentos necesarios para proteger los derechos de CalOptima Health.

Política pública

CalOptima Health es una entidad pública que gestiona planes de atención médica administrada. La Junta Directiva de CalOptima Health estableció una política pública para CalOptima Health. Esta Junta Directiva se reúne mensualmente. Le animamos a asistir a las reuniones de la Junta para aportar comentarios públicos o aprender más sobre

CalOptima Health y sus programas. Para obtener más información, visite <https://www.CalOptima Health.org/en/board-and-committee-meetings>.

Comité asesor de miembros

CalOptima Health tiene un Comité asesor de miembros que asesora a la Junta de Gobernadores de CalOptima Health sobre una serie de asuntos relacionados con los miembros. Para obtener información sobre cómo participar en este Comité o asistir a sus reuniones para aportar comentarios públicos, visite <https://www.CalOptima Health.org/en/about-us/board-and-leadership/advisory-committees>.

Leyes aplicables

Salvo en los casos en que la ley federal tenga preeminencia, esta Evidencia de cobertura se regirá de acuerdo con las leyes de California, y toda disposición que la legislación estatal o federal exija que se incluya en esta Evidencia de cobertura será vinculante para los miembros y CalOptima Health, independientemente de si se establece o no en esta Evidencia de cobertura. Dichas leyes incluyen la Ley Knox-Keene de California (capítulo 2.2 de la división 2 del Código de Salud y Seguridad de California) y el título 28 del Código de Regulaciones de California.

Nueva tecnología

CalOptima Health se mantiene al tanto de los cambios y avances en la atención médica. Estudiamos nuevos tratamientos, medicamentos, procedimientos y dispositivos. Llamamos a todo esto “nueva tecnología”. Revisamos informes científicos e información del Gobierno y de especialistas médicos. Luego decidimos si cubriremos la nueva tecnología. Los miembros y los proveedores de cuidado médico pueden solicitar a CalOptima Health que se revise una nueva tecnología.

Desastres naturales, interrupciones, limitaciones

En caso de un desastre de gran magnitud, epidemia, guerra, disturbios, insurrección civil o destrucción total o parcial de centros, nuestros grupos médicos y hospitales participantes harán todo lo posible por proporcionar los servicios que usted necesita. Bajo estas condiciones extremas, acuda al médico u hospital más cercano para recibir servicios y atención de emergencia. CalOptima Health proporcionará posteriormente el reembolso correspondiente.

Evidencia de cobertura vinculante para todos los miembros

Al elegir la cobertura o aceptar beneficios bajo esta Evidencia de cobertura, todos los miembros con capacidad legal para celebrar contratos, y los representantes legales de todos los miembros sin capacidad legal para celebrar contratos, aceptan todas las disposiciones de esta Evidencia de cobertura.

No renuncia

La falta de cumplimiento por nuestra parte de cualquier disposición de esta Evidencia de cobertura no constituirá una renuncia a esa disposición ni a cualquier otra, ni menoscabará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de cualquier disposición por su parte.

Acuerdo completo

Esta Evidencia de cobertura, incluidos todos los anexos y las enmiendas, contiene el acuerdo completo entre el miembro y CalOptima Health con respecto al objeto de la presente, e incorpora todos los convenios, las condiciones, las promesas y los acuerdos intercambiados por las partes del presente con respecto a dicho asunto. Este Acuerdo reemplaza cualquier negociación, acuerdo, declaración o comunicación previa o contemporánea, ya sea escrita u oral, entre el miembro y CalOptima Health con respecto al objeto de este Acuerdo.

Cesión

Usted no puede ceder esta Evidencia de cobertura ni ninguno de los derechos, los intereses, los reclamos por dinero adeudado, los beneficios o las obligaciones que se derivan de esta Evidencia de cobertura sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Acuerdos de gestación subrogada

Si celebra un acuerdo de gestación subrogada y usted o cualquier otra persona beneficiaria tiene derecho a recibir una compensación monetaria bajo el acuerdo de gestación subrogada, deberá reembolsarnos por los beneficios cubiertos que reciba relacionados con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto en relación con ese acuerdo (“Servicios de salud por gestación subrogada”) en la máxima medida permitida en virtud de la sección 3040 del Código Civil de California (California Civil Code). Aviso: Este apartado “*Acuerdo de gestación subrogada*” no afecta su obligación de pagar su copago o coseguro por estos beneficios cubiertos. Después de entregar un bebé a los padres legales, usted no tendrá la obligación de reembolsarnos por ningún beneficio cubierto que reciba el bebé (los padres legales tienen responsabilidad financiera por cualquier servicio que reciba el bebé).

Al aceptar los servicios de salud por gestación subrogada, usted nos cede automáticamente su derecho a recibir pagos que sean pagaderos a usted o a cualquier otra persona beneficiaria bajo el acuerdo de gestación subrogada, independientemente de si esos pagos se consideran gastos médicos. Para proteger nuestros derechos, también aplicaremos un derecho de retención sobre dichos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso u otra cuenta que retenga dichos pagos. Esos pagos (y los montos en cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso u otra cuenta que retenga esos pagos) se aplicarán primero para satisfacer nuestro derecho de retención. La cesión y nuestro derecho de retención no excederán el monto total de su obligación con nosotros conforme al párrafo anterior.

Dentro de los 30 días calendario posteriores a la celebración de un acuerdo de gestación subrogada, usted debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, en el que se incluya la siguiente información:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las otras partes del acuerdo.
- Nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier agente de depósito en garantía o fideicomisario.
- Nombres, direcciones y números de teléfono de los padres previstos y de cualquier otra parte financieramente responsable de los beneficios cubiertos que reciba el bebé (o los bebés), incluyendo nombres, direcciones y números de

Evidencia de cobertura de CalOptima Health Covered

teléfono de cualquier seguro médico que cubra los beneficios cubiertos que reciba el bebé (o los bebés).

- Una copia firmada de cualquier contrato y demás documentos que expliquen el acuerdo.
- Información adicional que solicitemos para satisfacer nuestros derechos.

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Debe completar y enviarnos todos los consentimientos, las liberaciones, las autorizaciones, los formularios de derecho de retención y demás documentos que sean razonablemente necesarios para que determinemos la existencia de cualquier derecho que podamos tener conforme a esta sección “Acuerdo de gestación subrogada” y para satisfacer esos derechos. No puede aceptar renunciar, liberar o reducir los derechos de CalOptima Health en virtud de esta sección “Acuerdos de gestación subrogada” sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su patrimonio, padre, madre, tutor o custodio presenta un reclamo contra un tercero con base en el Acuerdo de gestación subrogada, su patrimonio, padre, madre, tutor o custodio estará sujeto a nuestros derechos de retención y demás derechos, en la misma medida que si el miembro hubiera presentado el reclamo contra el tercero. Podemos ceder nuestros derechos para hacer cumplir nuestros derechos de retención y demás derechos.

Si tiene preguntas sobre sus obligaciones conforme a esta disposición, comuníquese con Servicios para Miembros de CalOptima Health.

Definiciones

Los términos en la sección “Definiciones” tienen un significado especial cuando se escriben con mayúscula inicial y se usan en cualquier sección de la presente Evidencia de cobertura.

Afección médica de emergencia: es una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente derivar en alguna de las siguientes situaciones:

- peligro grave para la salud del paciente;
- deterioro grave de las funciones corporales; o
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Afección médica psiquiátrica de emergencia significa un trastorno mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente suponga un peligro inmediato para sí mismo o para terceros, o sea incapaz de procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa de forma inmediata, debido a dicho trastorno mental.

Área de servicio significa el área geográfica designada por el plan dentro de la cual un plan proporcionará servicios de atención médica.

Atención de urgencia significa beneficios cubiertos médicamente necesarios que requieren atención médica inmediata, pero que no constituyen una afección médica de emergencia ni una afección médica psiquiátrica de emergencia.

Atención médica inclusiva para personas transgénero significa una atención médica integral que se ajusta a los estándares de atención para las personas que se identifican como transgénero, de género diverso o intersexuales; que respeta la autonomía corporal personal de cada persona; que no hace suposiciones sobre el género de una persona; que acepta la fluidez de género y la expresión de género no tradicional; y que trata a todas las personas con compasión, comprensión y respeto.

Autorización previa significa el proceso de aprobación de ciertos servicios y suministros. Consulte “Referencias y autorizaciones previas” en la sección “Cómo obtener atención” para obtener más información sobre el proceso de autorización previa. Para obtener una copia de los requisitos de autorización previa de CalOptima Health que no se especifican en esta Evidencia de cobertura o solicitar cualquier criterio o pauta para un procedimiento o afección específico, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-312-2221 (TTY 711) si tiene sordera o dificultades auditivas**).

Beneficios cubiertos son aquellos servicios y suministros médicamente necesarios que usted tiene derecho a recibir conforme a un acuerdo individual o grupal, y que se describen en esta Evidencia de cobertura, o conforme a la ley en materia de planes de salud de California.

Beneficios de salud esenciales significa categorías de servicios de atención médica que deben tener cobertura de ciertos planes y todos los planes estatales de Medicaid a partir de 2014. Los planes de salud deben cubrir estos beneficios para recibir certificación y poder ofrecerse en Exchange bajo contrato con Covered California.

CalOptima Health es una entidad pública que gestiona planes de atención médica administrada.

Cargos permitidos se refiere a los cargos en el programa de tarifas negociado por CalOptima Health y cada proveedor de cuidado médico participante.

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

Consulta de telesalud se refiere a las consultas interactivas por videollamada y telefónicas programadas entre usted y su proveedor de cuidado médico.

Continuidad de la atención es su derecho a seguir viendo a su médico o yendo a un hospital en ciertos casos, incluso si su médico u hospital se retira de su plan o grupo médico de CalOptima Health.

Cónyuge significa la persona con la que el miembro está legalmente casado según la ley aplicable. Para los efectos de esta Evidencia de cobertura, el término “cónyuge” incluye a la pareja de hecho del miembro. Las “parejas de hecho” son dos personas que están registradas y son legalmente reconocidas como parejas de hecho por California.

Copago es un monto del costo compartido que se le cobra como una cantidad específica en dólares que usted debe pagar cuando recibe un beneficio cubierto. El copago de monto fijo en dólares vence y debe pagarse al proveedor de cuidado médico en el momento en que se recibe el servicio. El copago para cada beneficio cubierto se detalla en su programa de beneficios.

Coseguro es un monto del costo compartido que se le cobra a usted en concepto de porcentaje de los Cargos permitidos que usted debe pagar cuando recibe beneficios cubiertos conforme a esta Evidencia de cobertura. El porcentaje generalmente se factura después de recibir el servicio. El coseguro para cada beneficio cubierto se detalla en su programa de beneficios.

Covered California o Exchange se refiere a California Health Benefit Exchange, que es una entidad independiente dentro del Gobierno del estado de California. Covered California celebró contratos selectivamente con planes de salud para poner a disposición de los miembros de Exchange opciones de cobertura de atención médica que buscan proporcionar la combinación óptima de elección, valor, acceso, calidad y servicio.

Créditos tributarios anticipados para primas son créditos tributarios autorizados en la sección 26B del título 26 del Código de los Estados Unidos y sus regulaciones de implementación, los cuales se proporcionan de forma anticipada a una persona inscrita en un QHP a través de Covered California. Estos subsidios federales varían según el tamaño del

hogar, el lugar de residencia y los ingresos, y pueden reducir las primas que usted debe pagar por su plan de CalOptima Health. Estos montos de subsidio también pueden cambiar anualmente.

Deducible es el monto que usted debe pagar en un año calendario directamente a los proveedores de cuidado médico por los servicios de salud que cubre su plan de salud antes de que su plan de salud comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan de salud no pagará ninguno de los servicios que están sujetos al deducible hasta que se alcance el deducible de \$1,000. El monto correspondiente al deducible se basa en las tarifas negociadas por contrato entre CalOptima Health y los proveedores de cuidado médico participantes. El deducible no se aplica a todos los beneficios cubiertos. Consulte su programa de beneficios para conocer los servicios que están sujetos al deducible.

Dependiente inscrito significa una persona que cumple con uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Un cónyuge que está legalmente casado con el suscriptor y no está legalmente separado de este.
- Una pareja de hecho del suscriptor.
- Un niño que es hijo o hijo adoptivo del suscriptor o del cónyuge del suscriptor, o que se encuentra bajo su tutela legal, y que no está cubierto como suscriptor. Un niño incluye a cualquier hijastro, niño colocado para adopción o cualquier otro niño para quien el suscriptor, su cónyuge o su pareja de hecho fue designado como tutor legal no temporal por un tribunal de una jurisdicción legal apropiada. Un niño es una persona menor de 26 años, a menos que la persona no pueda mantenerse por sí misma debido a una discapacidad, enfermedad o afección física o mental. El término “niño” tampoco incluye a los hijos de un niño dependiente (p. ej., nietos del suscriptor, de su cónyuge o de su pareja de hecho), a menos que el suscriptor, su cónyuge o su pareja de hecho haya adoptado al nieto o sea su tutor legal.
- Un padre o padrastro para quien el suscriptor proporciona más de la mitad del sustento en cualquier año fiscal.

Directorio de proveedores hace referencia a una lista de médicos, hospitales, farmacias y proveedores de cuidado médico que brindan servicios auxiliares que tienen un contrato con CalOptima Health para proporcionar servicios de atención médica cubiertos a los miembros.

Ensayo clínico aprobado es un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal y que cumple con al menos uno de los siguientes requisitos:

- El estudio o la investigación cuenta con la aprobación o financiamiento (lo cual puede incluir financiamiento a través de donaciones en especie) de una o más de las siguientes entidades:
 - Los Institutos Nacionales de Salud (The National Institutes of Health).

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales (Centers for Disease Control and Prevention).
- La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality).
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales (Centers for Medicare and Medicaid Services).
- Un grupo o centro cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
- Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
- Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o la investigación se revisó y aprobó a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determine que es comparable al sistema de revisión por pares que utilizan los Institutos Nacionales de Salud y garantiza una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tienen un interés particular en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Energía de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación se lleva a cabo bajo una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El estudio o la investigación es un ensayo de medicamentos que está exento de una solicitud de nuevo fármaco en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Evento que califica significa un cambio de vida significativo que afecta sus necesidades de seguro médico o los planes de seguro médico para los que usted califica. Estos eventos activan un período de inscripción especial que le permite elegir un nuevo plan a través de Exchange fuera de los períodos anuales de inscripción abierta.

Evidencia de cobertura significa cualquier certificado, acuerdo, contrato, folleto o carta de derecho emitido a un miembro que establece la cobertura a la que el miembro tiene derecho.

Fecha de vencimiento del pago de la prima significa (a) para efectos del pago inicial para activar la cobertura, una fecha que no sea anterior al último día del primer mes de cobertura; y (b) para efectos de las primas pagadas por los meses de cobertura subsiguientes, una fecha no sea anterior al último día del mes previo al mes de cobertura prospectiva, ni posterior al último día del mes de cobertura prospectiva.

Hospital participante significa un hospital que tiene la aprobación de CalOptima Health para proporcionar beneficios cubiertos a los miembros.

Instrucciones anticipadas de atención médica es un documento legal que le indica a su médico, familia y amigos sobre la atención médica que desea si ya no puede tomar decisiones por cuenta propia. Explica los tipos de tratamiento especial que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el plan o con la Fiscalía general de California.

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio es una ley que proporciona el marco, las políticas, las regulaciones y las pautas para la implementación de una reforma integral de la atención médica por parte de los estados. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ampliará el acceso a seguros y atención médica asequibles y de alta calidad.

Lista de medicamentos aprobados es una lista de los medicamentos que cuentan con la aprobación de CalOptima Health. Una Lista de medicamentos aprobados es un detalle de los medicamentos que la comunidad médica generalmente considera seguros y eficaces.

Máximo de gastos de bolsillo es el monto máximo de copagos, coseguros o deducibles que usted paga durante el año de beneficios antes de que su plan de salud comience a pagar el 100 % del monto permitido por los beneficios cubiertos. Cualquier monto que se pague por beneficios cubiertos sujetos al deducible se aplica hacia el máximo anual de gastos de bolsillo. Los pagos de copagos y coseguros que cuentan para el límite se indican en el Resumen de beneficios.

Medicamento necesario significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Esto incluye minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas de una manera que cumpla con todo lo siguiente:

- Cumpla con los estándares de atención generalmente aceptados, lo que incluye los estándares generalmente aceptados de atención de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.
- Sea clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, localización y duración.
- No se brinde principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica ni de los miembros, ni para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de cuidado médico.

Medicamento con receta o “**medicamento**” significa un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) federal para su venta a consumidores, que requiere una receta médica y no se proporciona para su uso en un régimen de hospitalización. El término “medicamento” o “Medicamento con receta” incluye lo siguiente: (a) dispositivos desechables que son médicamente necesarios para la administración de un medicamento con receta cubierto, tales como espaciadores e inhaladores para la administración de medicamentos con receta en aerosol para pacientes ambulatorios; (b) jeringas para medicamentos con receta autoinyectables que no se dispensan en jeringas precargadas; (c) medicamentos, dispositivos y productos aprobados

por la FDA cubiertos bajo el beneficio de medicamentos con receta del producto de conformidad con las secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluidos dichos medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA que se pueden comprar sin receta médica; y (d) a criterio del plan de salud, cualquier vacuna u otros beneficios de atención médica cubiertos bajo el beneficio de medicamentos con receta del plan.

Medicamento con receta para pacientes ambulatorios significa un medicamento autoadministrado que tiene la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos para la venta al público a través de una farmacia minorista o de pedido por correo, requiere una receta médica y no se ha proporcionado para su uso en un régimen de hospitalización.

Miembro significa un suscriptor, inscrito, empleado inscrito o dependiente de un suscriptor o un empleado inscrito que se ha inscrito en el plan y para quien la cobertura está activa o vigente.

Parte del costo o costo compartido es el monto que usted debe pagar por los beneficios cubiertos. Por ejemplo, su costo compartido puede ser un copago o un coseguro. Si su cobertura incluye un deducible del plan y usted recibe beneficios cubiertos que están sujetos al deducible, su costo compartido por esos servicios se cobrará hasta que alcance el deducible. De manera similar, si su cobertura incluye un deducible de medicamentos, su costo compartido por esos beneficios cubiertos se cobrará hasta que alcance el deducible de medicamentos.

Período de gracia significa el período especificado en el aviso de inicio del período de gracia y que comienza el día de la fecha de dicho aviso. Durante el período de gracia, la cobertura sigue vigente y el suscriptor puede pagar las primas pendientes sin penalización alguna.

Período de inscripción especial hace referencia a un período de inscripción que ocurre fuera del período anual de inscripción abierta y se activa con un evento que califica.

Plan de salud calificado o QHP hace referencia a un contrato de plan de servicios de atención médica o póliza de seguro ofrecido por un plan de servicios de salud o aseguradora con licencia que Covered California seleccionó y certificó para ofrecer dichos planes a través de Covered California, según se especifica en la sección 6410 del título 10 del Código de Regulaciones de California.

Plan de salud de la red es un grupo médico que es un proveedor de cuidado médico participante que tiene contrato con CalOptima Health para proporcionar beneficios cubiertos a los miembros.

Potencialmente mortal significa una o ambas de las siguientes situaciones:

- Enfermedades o afecciones donde la probabilidad de fallecimiento es alta a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente fatales, donde el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

Prima es la tarifa mensual que paga el miembro o el suscriptor en nombre del miembro a CalOptima Health por la cobertura de salud, después de que se apliquen los Créditos tributarios anticipados para las primas, para hacer efectiva y mantener la cobertura. Las primas son adicionales a cualquier copago, coseguro o deducible.

Proveedor de cuidado médico debidamente calificado es un proveedor de cuidado médico que actúa dentro del ámbito de su práctica y que posee experiencia clínica, incluyendo capacitación y trayectoria, relacionada con enfermedades, padecimientos, afecciones o condiciones particulares asociadas con la solicitud de una segunda opinión.

Proveedor de cuidado médico participante significa un proveedor de cuidado médico que tiene la aprobación de CalOptima Health para proporcionar beneficios cubiertos a los miembros.

Proveedor de cuidado médico significa cualquier profesional, grupo médico, asociación de práctica independiente, organización, centro de atención médica u otra persona o institución con licencia o autorización del estado para prestar o proporcionar servicios de salud.

Reducciones de costos compartidos son reducciones en el costo compartido (deducibles, coseguro, copagos o cargos similares, pero excluye las primas, los gastos por beneficios no cubiertos y los montos de facturación de saldo de proveedores de cuidado médico no participantes) para una persona elegible inscrita en un plan de nivel Silver en Exchange o para un indígena inscrito en un QHP.

Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) significa la revisión de una denegación, modificación o retraso del plan respecto a su solicitud de servicios o tratamiento de atención médica. El Departamento de Atención Administrada de la Salud proporciona la revisión, que está a cargo de expertos médicos independientes. Si usted califica para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos de carácter experimental o de investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. Su plan debe pagar por los servicios si una IMR determina que usted los necesita.

Servicios de investigación se refiere a aquellos medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los cuales se completaron estudios de laboratorio o con animales y para los cuales los estudios en humanos están en curso pero:

1. las pruebas no están completas; y
2. aún no se han garantizado la eficacia y seguridad de dichos servicios en sujetos humanos; y
3. el servicio no es de uso generalizado.

Seramente debilitante significa una enfermedad o afección que causa una morbilidad irreversible importante.

Servicios para Miembros es el departamento de CalOptima Health que está disponible para ayudar a los miembros con sus preguntas e inquietudes.

Servicios experimentales se refiere a medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una fase de prueba sometidos a estudios de laboratorio o con animales antes de realizar pruebas en humanos. Los Servicios experimentales no están en etapa de investigación clínica.

Servicios y atención de emergencia es (1) la evaluación, el examen y la detección médica por parte de un médico y cirujano, o, en la medida en que lo permitan las leyes aplicables, por otro profesional apropiado bajo la supervisión de un médico y cirujano, para determinar si existe una afección médica de emergencia o trabajo de parto activo y, si es así, la atención, el tratamiento y la cirugía, dentro del alcance de la licencia de esa persona, si es necesario para aliviar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de la capacidad del centro; o (2) la evaluación, el examen y la detección adicional por parte de un médico u otro miembro del personal en la medida en que lo permita la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una afección médica psiquiátrica de emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la afección médica psiquiátrica de emergencia dentro de la capacidad del centro.

Suscriptor significa un miembro que cumple los requisitos para afiliarse en su propio nombre y no en virtud de su condición de dependiente inscrito, que es responsable del pago de las primas correspondientes y de quien hemos recibido dichas primas.

Trastorno de salud mental o por consumo de sustancias significa una afección de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se incluye en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades o que figura en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM).

Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno del espectro autista son servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos el análisis de comportamiento aplicado y los programas de intervención del comportamiento basados en evidencia, que desarrollan o restablecen, en la mayor medida posible, las habilidades operativas de una persona con trastorno del espectro autista y que cumplen con todos los siguientes criterios:

- El tratamiento es recetado por un médico, cirujano o psicólogo con licencia y se proporciona bajo un plan de tratamiento que receta un Proveedor de servicios de autismo calificado.
- La administración del tratamiento está a cargo de un proveedor de servicios de autismo calificado, profesional o paraprofesional, según se define en la sección 1374.73(c) del Código de Salud y Seguridad.

El plan de tratamiento deberá tener objetivos medibles desarrollados y aprobados por el proveedor de servicios de autismo calificado, que se revisará como mínimo cada seis meses y

se modificará cuando sea apropiado. El plan de tratamiento no se utiliza para proporcionar servicios de relevo, guardería o educativos, ni para reembolsar al padre o la madre por su participación en el tratamiento de su hijo.

Tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias significa un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, lo que incluye minimizar el avance de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas de una manera que cumpla con todo lo siguiente:

- Cumpla con los estándares de atención de trastornos de salud mental o por consumo de sustancias generalmente aceptados.
- Sea clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, localización y duración.
- No se brinde principalmente para el beneficio económico del plan de servicios de atención médica ni de los suscriptores, ni para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de cuidado médico.

Triage o evaluación inicial es la evaluación de la salud de un miembro que realiza un médico o profesional de enfermería capacitado para hacer evaluaciones con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de atención del miembro.

TTY/TDD es un dispositivo de comunicación para personas sordas y con dificultades auditivas en el que se utiliza un sistema telefónico.

**Documento combinado de Evidencia de
cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y
formulario de divulgación del plan de
beneficios dentales pediátricos esenciales
individuales de California**



DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA (EVIDENCE OF COVERAGE, EOC) Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES PEDIÁTRICOS ESENCIALES INDIVIDUALES DE CALIFORNIA

CalOptima Health es su Plan de salud calificado (Qualified Health Plan, QHP).

CalOptima Health coordina su cobertura de **Beneficios dentales pediátricos esenciales** brindada por Liberty Dental Plan of California.

Disponibilidad de asistencia de idiomas: Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a los idiomas principales del plan sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039. Asegúrese de avisarle a su dentista de cuidado primario o dentista especializado sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

Spanish (Español)

IMPORTANTE: ¿Puede leer este documento? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba este documento en su propio idioma sin ningún costo a usted. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.

En lo sucesivo en este documento, Liberty Dental Plan of California, Inc. se denominará "Liberty" o "el plan." CalOptima Health se le conoce como "CalOptima Health".

Este DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos. Una copia del contrato del plan dental está disponible a solicitud.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS Y DENTALES ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE PROPORCIONARÁ A SOLICITUD SIN COSTO ALGUNO.

La **Sección I** de este documento contiene una Lista de beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de los beneficios de su plan dental.

La **Sección II** de este documento contiene definiciones de los términos utilizados en este documento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INFORMACIÓN GENERAL.....	5
II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO.....	13
III. ACCESO A SERVICIOS: CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO	17
A. CONSULTORIOS DENTALES	17
B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL	18
C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES	18
D. TELEODONTOLOGÍA.....	19
E. ATENCIÓN DE URGENCIA.....	20
F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA.....	20
G. SEGUNDA OPINIÓN	22
H. REFERENCIA A UN DENTISTA ESPECIALIZADO	23
1. SOLICITUDES DE EMERGENCIA	23
2. SOLICITUDES PENDIENTES	23
3. CONSULTAS AL DENTISTA ESPECIALIZADO	23
I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	24
J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	25
IV. CUOTAS Y CARGOS: LO QUE USTED PAGA.....	25
A. PRIMAS Y CUOTAS DE PREPAGO.....	25
B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS	25
C. SALDO ACUMULADO DEL DEDUCIBLE Y DE GASTOS DE BOLSILLO	26
D. OTROS CARGOS	26
E. RESPONSABILIDAD DE PAGO	27
F. REEMBOLSO DE PROVEEDORES	28
V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	29
A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE	29
B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS.....	29
VI. SERVICIOS CUBIERTOS	29
A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO	29
B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS.....	29
C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN	30
D. SERVICIOS DE ENDODONCIA.....	30

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

E. SERVICIOS PERIODONTALES	30
F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA	30
G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL	30
H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS	30
I. SERVICIOS DE ORTODONCIA	30
VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES	31
A. EXCLUSIONES GENERALES	31
B. CITAS PERDIDAS	32
VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA	32
A. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS	32
B. FECHA DE VIGENCIA DE LA TERMINACIÓN	34
C. DESAFILIACIÓN	34
D. RESCISIÓN	34
IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA	35
X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES	36
A. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA	37
B. QUEJAS Y APELACIONES URGENTES (RÁPIDAS)	38
C. CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN	40
D. MEDIACIÓN VOLUNTARIA (OPCIONAL)	41
E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)	42
F. ARBITRAJE	42
XI. OTRAS DISPOSICIONES.....	44
A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	44
B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS	44
C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA.....	44
D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES	45
E. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN	46
F. DONACIÓN DE ÓRGANOS	51
G. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES	52
XII. PLAN DE CUMPLIMIENTO.....	52
A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO	52
B. DEFINICIONES	53
C. POLÍTICA	53
D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES	53

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Comunicaciones confidenciales

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro.
- Avisos de determinaciones adversas de beneficios.
- Avisos de explicación de beneficios.
- Solicitudes de un plan para información adicional con respecto a un reclamo.
- Avisos de un reclamo impugnado.
- El nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de Liberty para cualquiera de los servicios indicados anteriormente, llame a Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo postal o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com
- Por correo postal: Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- Por fax: 1-877 831-6019
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: 1-877-855-8039

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

I. INFORMACIÓN GENERAL

ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. EL DOCUMENTO COMBINADO DE EOC Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, DEBEN REVISARSE PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DENTALES.

Lista de beneficios del plan dental para niños de Liberty Dental HMO	
Plan de copago	
(A) Deducibles	Ninguno. Solo el Minimum Coverage Plan (plan de cobertura mínima): el deducible del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el deducible de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el deducible integrado, es posible que deba realizar un copago por cada procedimiento, tal como se indica en la descripción de beneficios y copagos. El deducible integrado no se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico.
(B) Límites máximo de por vida	Ninguno
(C) Límites máximos gastos de bolsillo	El límite máximo de gastos de bolsillo del plan dental HMO de sus hijos se integrará con el límite máximo de gastos de bolsillo de su plan médico. Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el límite máximo de gastos de bolsillo integrado, todos los procedimientos dentales cubiertos adicionales serán pagados por Liberty. Los cargos por servicios materiales opcionales, no cubiertos o actualizados no se incluyen en el cálculo del límite máximo de gastos de bolsillo integrado. Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el límite máximo de gastos de bolsillo de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.
(D) Servicios profesionales	A un miembro se le puede requerir realizar un copago por cada procedimiento, como se muestra en la descripción de beneficios y copagos, sujetos a las limitaciones y exclusiones.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

*Aviso: Es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Ciertos servicios pueden estar cubiertos solo cuando los brinda un dentista especializado o pueden estar sujetos a cargos adicionales. Se aplican límites a la frecuencia con la que se pueden recibir algunos servicios.	Los copagos varían según la categoría del servicio. Estos son algunos ejemplos: Servicios de diagnóstico.....Sin cargo Servicios preventivosSin cargo Servicios de restauración..... Sin cargo hasta \$350.00 Servicios de endodoncia Sin cargo hasta \$350.00 Servicios periodontales..... Sin cargo hasta \$350.00 Servicios de prostodoncia Sin cargo hasta \$350.00 *Servicios de implantes.....Sin cargo hasta \$350.00 Cirugía oral y maxilofacial.....Sin cargo hasta \$350.00 *Servicios de ortodoncia Sin cargo hasta \$1,000.00
(E) Servicios ambulatorios	Sin cobertura
(F) Servicios de hospitalización	Sin cobertura
(G) Cobertura dental de emergencia	El miembro puede recibir un beneficio máximo de hasta \$75 por año para servicios de emergencia fuera del área.
(H) Servicios de ambulancia	Sin cobertura
(I) Servicios de medicamentos con receta	Sin cobertura
(J) Equipo médico duradero	Sin cobertura
(K) Servicios de salud mental	Sin cobertura
(L) Servicios de dependencia química	Sin cobertura
(M) Servicios de salud a domicilio	Sin cobertura
(N) Otro	Sin cobertura

Cada categoría y procedimiento dental individual mencionado anteriormente, que está cubierto por el programa, tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de beneficios (Anexo I) de esta Evidencia de cobertura combinada.

Una copia de su Evidencia de Cobertura (EOC) combinada estará disponible anualmente o previa solicitud e incluirá cualquier cambio sobre sus beneficios dentales o las políticas públicas de los miembros de Liberty.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL

Este manual es su Evidencia de cobertura (EOC). Explica qué servicios Liberty cubre y no cubre. También consulte la lista de beneficios, que indica los servicios dentales, los copagos y otras cuotas. Esta EOC representa los beneficios cubiertos del plan dental para niños HMO como parte de su plan de salud, según lo dispuesto por CalOptima Health. Para tener derecho a esta cobertura, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad como se indica en este documento.

B. CÓMO COMUNICARSE CON A LIBERTY

Estamos aquí para ayudarle. Comuníquese con nosotros en línea, enviándonos un correo o llamándonos.

Servicios para Miembros de Liberty brinda apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días hábiles normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden usar la línea gratuita 711 de Servicio de retransmisión de California para comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Información de contacto importante de Liberty			
Horario: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.	Sitio web: www.libertydentalplan.com	Dirección postal: Liberty Dental Plan P.O. Box 26110 Santa Ana, CA 92799-6110	Servicios para miembros: 1-888-703-6999 TTY: 1-877-855-8039

C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

Liberty tiene un área de servicio que es el estado de California. Esta es el área donde Liberty ofrece cobertura dental. Debe vivir, trabajar y recibir todos los servicios dentales en California, a menos que necesite atención de emergencia o atención de urgencia. Si se muda fuera de California, debe informar a Liberty. **El área de servicio del plan de beneficios dentales de CalOptima Health es la Región 18 de Covered California, que corresponde al condado de Orange.**

D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y dentistas especializados que Liberty ha contratado para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros. Para usar sus beneficios, los servicios cubiertos deben ser prestados por su dentista de cuidado primario (Primary Care Dentist, PCD) u otros proveedores dentro de la red. Para obtener

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

una copia de su Directorio de proveedores de Liberty, visite nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com, o llame a Servicios para Miembros.

Si acude a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de Liberty o en caso de que requiera atención de emergencia/urgencia. Si usted es un miembro nuevo de Liberty, o si finaliza el contrato de su PCD, es posible que pueda continuar consultando a su dentista actual. A esto se le llama *continuidad de la atención*.

E. SU DENTISTA DE CUIDADO PRIMARIO (PCD)

Cuando se inscribe a Liberty, no necesita elegir a un dentista de cuidado primario (PCD). Normalmente, un PCD es un dentista general que brinda atención básica y coordina la atención que usted necesita con otros proveedores de especialidades dentales. Usted puede obtener servicios de cualquier dentista general contratado dentro de la red.

F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a otros idiomas. Si el inglés no es su lengua materna, Liberty ofrece servicios de interpretación y traducción de algunos materiales escritos en su idioma preferido sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.

Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx> o llame al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.

Asegúrese de informar a su PCD o dentista especializado sobre sus necesidades de idioma preferidas en su primera consulta dental. Liberty brinda servicios de asistencia del idioma para todas sus citas dentales. Si su PCD, dentista especializado o el personal del consultorio dental no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, Liberty puede ofrecerle los servicios de interpretación sin costo alguno.

Liberty pone a su disposición servicios de interpretación certificada sin costo alguno y no recomienda usar familiares, menores o amigos para que le ayuden. Comuníquese con Servicios para Miembros para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible. Si tiene una cita de atención de emergencia/urgencia, Liberty puede brindarle servicios de interpretación por teléfono para ayudarle a hablar con el personal del consultorio en su idioma preferido.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE

Primero, llame a su PCD para toda su atención dental, a menos que tenga una emergencia médica. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de cuidado primario, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Por lo general, necesita una referencia y una aprobación previa para recibir atención de un dentista especializado que no sea su PCD. La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. Su dentista y Liberty siguen pautas, criterios y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria para su salud. Si no está de acuerdo con Liberty acerca de si un servicio es médicamente necesario para su salud, puede solicitar una reconsideración (una apelación), presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR).

Los servicios dentales cubiertos también se denominan beneficios y deben ser un servicio que Liberty cubra. Su lista de beneficios le indicará qué servicios cubre Liberty bajo su plan dental. Su lista de beneficios está disponible en cualquier momento en el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com o puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una.

H. PROGRAMACIÓN DE CITAS

La ley de California establece que usted tiene derecho a programar una cita dentro de un tiempo razonable según sus necesidades bucales. La siguiente tabla le muestra el tiempo de espera por cada tipo de cita para tratar su afección bucal. Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039 para obtener ayuda.

Tipo de cita	Afección/Tipo de servicios	Tiempo de espera de la cita
Acceso de emergencia fuera del horario laboral	Una afección de emergencia grave o que pone en peligro la vida y requiere atención inmediata	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Atención de emergencia	Dolor intenso, hinchazón, sangrado	Dentro de 24 horas
Atención de urgencia	Empaste roto/pérdida de una corona	Dentro de 72 horas
Inicial	Examen, radiografías	Dentro de 36 días hábiles
Cuidado de rutina (no urgente)	Cuidados de restauración (empastes/coronas)	Dentro de 36 días hábiles
Atención preventiva	Limpiezas	Dentro de 40 días hábiles

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Dentista especializado	Cirujano oral, endodoncista, etc.	Dentro de 30 días calendario de recibir la solicitud autorizada, cuando corresponde.
Tiempo de espera en el consultorio	Solo citas programadas	No más de 30 minutos
Tiempo de espera por teléfono	Para contestar llamadas entrantes	Dentro de 30 segundos
Tiempo de espera para devolución de llamada	Devolución de llamas de correos de voz	Dentro de 30 minutos

I. REFERENCIAS A ESPECIALIDADES Y ESTIMACIONES PREVIAS

Su PCD debe enviar a Liberty una solicitud de referencia especializada para obtener una aprobación previa si necesita los servicios de un dentista especializado. La aprobación previa también se llama estimación previa. Asegúrese de que su PCD envíe a Liberty una referencia especializada y de que usted obtenga la aprobación previa. Una vez que reciba la aprobación para consultar con el dentista especializado, este enviará una estimación previa para cualquier servicio que considere necesario. Si no tiene una referencia especializada aprobada por Liberty antes de consultar al dentista especializado, tendrá que pagar todos los costos de los servicios que reciba.

IMPORTANTE: No necesita una referencia especializada ni una aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Una afección se considera una emergencia si tiene dolor intenso, hinchazón o sangrado. También se considera una emergencia, si tiene motivos razonables para pensar que su afección, sin tratamiento, podría poner en grave peligro su salud o su integridad física, o provocar la muerte.

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Si necesita atención de emergencia, comuníquese con su PCD, incluso si tiene un problema dental inesperado fuera del horario normal de atención o durante el fin de semana.

Liberty no cubre las emergencias médicas si los servicios se brindan en un hospital y están cubiertos por un plan médico, o si Liberty determina que los servicios no eran de naturaleza dental. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de cuidado primario, al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

K. ATENCIÓN DE URGENCIA

La atención de urgencia es la atención necesaria para evitar que una afección bucal empeore debido a una enfermedad o lesión inesperada, y cuando la atención no puede esperar.

La atención de urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo y la cita debe programarse dentro de las 72 horas. Si necesita atención de urgencia, comuníquese con su PCD, incluidas las afecciones dentales inesperadas que ocurran después del horario normal de atención o los fines de semana.

L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del área de servicio de Liberty.

M. COSTOS

- La prima es lo que usted paga a su Plan de salud calificado (QHP) para mantener la cobertura. Las primas se pagan a CalOptima Health.
- Un copago es el monto que debe pagar a su PCD o a un dentista especializado por un procedimiento dental cubierto. Liberty paga por el resto de ese servicio cubierto.
- Su plan tiene un límite máximo anual de gastos de bolsillo. El límite máximo anual de gastos de bolsillo es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos o un coseguro para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.
- Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el límite máximo de gastos de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado.
- Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el límite máximo de gastos de bolsillo.
- Para verificar su gasto máximo de bolsillo, visite nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com o llame a Servicios para Miembros de Liberty gratuitamente al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.

N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN

Liberty ofrece un proceso de resolución de quejas formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante Liberty por cualquier insatisfacción que tenga con el plan, sus beneficios dentales, una determinación de reclamo, una determinación de estimación previa, su PCD, dentista especializado o cualquier parte de los beneficios de su plan dental.

Si no está de acuerdo con la decisión de Liberty sobre su queja formal, puede obtener

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

ayuda del centro de ayuda del Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) de California. En algunos casos, el centro de ayuda del DMHC puede ayudarle a solicitar una Revisión médica independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no forman parte de su plan dental.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO

Es importante que sepa las siguientes palabras utilizadas en este documento:

- **Apelación:** Una solicitud presentada ante Liberty por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del plan que demore, modifique o deniegue una estimación previa o un reclamo de servicios dentales.
- **Aplicable:** Tener un efecto sobre alguien o algo.
- **Autorización:** Un aviso por escrito por parte de Liberty donde se apruebe la continuación del tratamiento solicitado.
- **Beneficios:** Servicios dentales médicamente necesarios cubiertos por Liberty que están disponibles a través de este plan dental. También conocido como beneficios del plan dental.
- **Plan de beneficios:** El producto dental de Liberty que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de la cobertura de su plan dental de Liberty.
- **Capitación:** Los prepagos realizados por Liberty a un dentista general dentro de la red para brindar servicios a los miembros asignados.
- **Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios dentales propuestos o completados.
- **Consultas:** Una reunión con un dentista especializado para determinar la atención y un plan de tratamiento, según sea necesario.
- **Grupo dental, consultorio dental o proveedor contratado:** Un centro dental, un dentista general, un dentista especializado y el personal de un consultorio dental que tienen un contrato firmado con Liberty para brindar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y los criterios clínicos del plan. También conocido como dentro de la red.
- **Copago:** El monto que figura en la Lista de beneficios que se le cobra a un miembro en el momento del servicio por los beneficios cubiertos del plan dental.
- **Servicios cubiertos:** El conjunto de procedimientos dentales que son beneficios de su plan dental de Liberty.
- **Expedientes dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier integrante elegible de la familia del suscriptor que esté inscrito activamente en Liberty. También conocido como afiliado, miembro o suscriptor.
- **Servicio dental disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada,

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada. También conocido como queja formal o apelación.

- **Pareja doméstica:** Cualquier persona cuya unión doméstica está actualmente registrada con un organismo gubernamental de conformidad con las leyes estatales o locales. Esto incluye tanto a parejas del mismo sexo como a parejas de sexos opuestos.
- **Atención de emergencia:** Una prueba, examen o evaluación dental por parte de un proveedor de Liberty para determinar si existe una afección dental de emergencia, y para brindar atención a fin de tratar cualquier síntoma de emergencia dentro de las capacidades del consultorio y conforme a los estándares de atención reconocidos profesionalmente.
- **Afección dental de emergencia:** Una afección dental que, si no se trata de inmediato, podría esperarse de manera razonable que cause un riesgo para la salud de la persona, ya sea dolor intenso o que afecte la habilidad para funcionar.
- **Endodoncista:** Un dentista especializado que trata específicamente enfermedades y lesiones en la pulpa y la raíz del diente. También conocido como especialista en conductos radiculares.
- **Inscrito:** Liberty considera que un afiliado significa lo mismo que un miembro, dependiente o suscriptor que está inscrito activamente en el plan.
- **Beneficio esencial de salud (Essential Health Benefit, EHB):** Un conjunto de 10 categorías de servicios que los planes de seguro médico y dental deben cubrir según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los planes deben incluir cobertura dental para niños. Los beneficios dentales para adultos son opcionales. Los servicios específicos pueden variar según los requisitos estatales.
- **Beneficio dental pediátrico esencial (Essential Pediatric Dental Benefit, EPDB):** Se refiere a los planes requeridos por la Ley de Atención Asequible para brindar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.
- **Exclusión:** Se refiere a cualquier procedimiento o servicio dental que no esté disponible en su plan dental de Liberty.
- **Explicación de beneficios (Explanation of Benefits EOB):** Una declaración por escrito de Liberty sobre un reclamo, que muestre lo que estaba cubierto por su plan dental, lo que pagó el plan y lo que usted debe pagar.
- **Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un dentista especializado. También conocido como dentista de cuidado primario.
- **Queja formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas formales de esta EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de Liberty.
- **Revisión médica independiente** (Independent Medical Review, IMR): Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la red:** Los beneficios dentales disponibles para usted cuando recibe servicios de un dentista general o dentista especializado contratado por Liberty.
- **Limitaciones:** Se refiere al número de servicios permitidos, tipo de servicio permitido o el servicio dentalmente apropiado más asequible.
- **Necesidad médica o médicamente necesario:** Los servicios cubiertos que son necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, encías y estructuras de apoyo y que (a) se brindan de acuerdo con las prácticas o los estándares reconocidos profesionalmente; (b) se determinan que son consistentes con la afección dental; y (c) se trata del tipo, suministro y nivel de servicio más apropiado considerando los posibles riesgos, beneficios y servicios cubiertos alternativos.
- **Miembro:** Liberty considera que un miembro significa lo mismo que un afiliado, suscriptor o dependiente que está inscrito activamente en Liberty.
- **Dentista general dentro de la red:** Un dentista que ha firmado un contrato con Liberty para brindar servicios a nuestros miembros de acuerdo con las pautas y criterios de Liberty.
- **Proveedor no contratado:** Un dentista general o dentista especializado que no tenga contrato con Liberty para proporcionar servicios a los miembros. También conocido como proveedor fuera de la red.
- **Servicio no cubierto:** Un procedimiento o servicio dental que no está cubierto bajo su plan dental.
- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cirugía oral:** Un dentista especializado que trata enfermedades, lesiones, deformidades, y apariencia de la boca, mandíbula y rostro.
- **Ortodoncista:** Un dentista especializado que trata problemas relacionados con la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan al morder o masticar.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del área de servicio de Liberty o lejos de su PCD. También conocida como cobertura fuera de la red.
- **Atención de urgencia fuera del área:** Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del área de servicio o lejos de su PCD. También conocida como

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

atención de urgencia fuera de la red.

- **Máximo gasto de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año.
- **Dentista pediátrico:** Un dentista especializado que trata niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, brindando cuidado primario y una variedad completa de tratamiento de atención preventiva.
- **Periodoncista:** Un dentista especializado que trata enfermedades de las encías y tejido alrededor de los dientes.
- **Plan:** Liberty Dental Plan of California, Inc., también conocido como "Liberty".
- **Cotización previa:** Una solicitud realizada por un proveedor de Liberty para aprobar los servicios antes de que se realicen. También conocida como aprobación previa.
- **Prima:** La cantidad de dinero que usted o su empleador/grupo deben pagar mensualmente a Liberty por cobertura dental.
- **Dentista de cuidado primario (Primary Care Dentist, PCD):** Un dentista general que brinda servicios a los miembros de Liberty. El dentista de cuidado primario es responsable de brindar o coordinar la atención especializada para los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista de cuidado primario contratado, un grupo dental, una clínica dental o un dentista especializado que brinda beneficios y servicios del plan dental a los miembros de Liberty.
- **Referencia:** Una solicitud de su dentista de cuidado primario para que lo refiera a un dentista especializado para una evaluación y servicios según sea necesario.
- **Área de servicio:** Los condados de California donde Liberty ofrece cobertura.
- **Lista de beneficios:** Un documento que describe el tipo de procedimientos dentales cubiertos por su plan dental de Liberty, incluidos los copagos, los deducibles, el límite máximo de gastos de bolsillo, las exclusiones y las limitaciones.
- **Dentista especializado:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana, y que ejerce como especialista. Las especialidades dentales incluyen endodoncistas, cirujanos orales, periodoncistas y dentistas pediátricos.
- **Suscriptor:** Liberty considera que un suscriptor significa lo mismo que un afiliado, miembro o dependiente que está inscrito activamente en Liberty.
- **Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o tratamiento solicitado.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- **Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un proveedor que ya no tiene contrato con Liberty para brindar servicios a miembros del plan.
- **Atención de urgencia:** La atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cuotas habituales:** Un cargo habitual del proveedor por un servicio, no cubierto por los beneficios de su plan dental.

III. **ACCESO A SERVICIOS: CONSULTAS CON UN DENTISTA O DENTISTA ESPECIALIZADO**

Liberty tiene contratos con dentistas generales y dentistas especializados para brindar servicios cubiertos por su plan. Para encontrar un dentista en su área, puede visitar nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com o llamarnos gratuitamente al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.

Todos los servicios y beneficios descritos en esta Evidencia de cobertura (EOC) están cubiertos solo si los proporciona un dentista de cuidado primario (PCD) o un dentista especializado contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se define bajo **“Atención dental de emergencia”** o **“Atención de urgencia”**.

A. CONSULTORIOS DENTALES

Liberty pone a su disposición PCD y dentistas especializados en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo. Puede encontrar un dentista en su área visitando nuestro sitio web, www.libertydentalplan.com o llámenos gratuitamente al **1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039**.

Nuestro objetivo es brindarle beneficios dentales apropiados, prestados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de Liberty que trabajan de manera privada en sus propios consultorios deben cumplir con los criterios de acreditación de Liberty antes de participar en nuestra red. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasaron por una evaluación previa y pasan revisiones con regularidad.

Liberty realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua de contratos para confirmar el cumplimiento de la educación continua, la disponibilidad de citas para los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su PCD le brindará toda la atención dental necesaria, que incluye referirlo a un dentista especializado, si es necesario. Todos los miembros tendrán un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL

Para obtener más información sobre cómo usar sus beneficios dentales, visite el sitio web www.libertydentalplan.com. El sitio web contiene más información útil sobre la salud dental y oral para ayudarle, como las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca saludables. Es importante saber que el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto en su salud general total. La información sobre cómo su salud bucal puede afectar sus afecciones generales de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo, salud antes y después del embarazo, así como otras afecciones de salud, se puede encontrar en nuestro sitio web.

C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES

Dentista de atención primaria (PCD): No tiene que elegir un PCD asignado. Puede obtener atención con cualquier PCD dentro de la red. Su PCD es responsable de coordinar cualquier servicio dental de atención especializada que pueda necesitar. Debe obtener los servicios dentales generales de su PCD. Su PCD compartirá información con cualquier dentista especializado para coordinar su atención general.

Puede ubicar un proveedor contratado por Liberty ingresando en línea a nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com o llame a Servicios para Miembros. Una vez que haya localizado a un proveedor contratado por Liberty, puede llamar al consultorio para programar una cita. El PCD se comunicará con Liberty para verificar su elegibilidad.

Cómo cambiar de PCD: Puede solicitar cambiar su PCD en cualquier momento. Puede llamar a Servicios para Miembros gratuitamente al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, durante el horario laboral, o envíe una solicitud de cambio por escrito a: Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Si solicita cambiar su PCD, el cambio a su nuevo consultorio dental puede ser vigente a partir del primer día del mes en curso. Hay algunos consultorios dentales que requieren que los cambios de consultorios se realicen el primer día del mes siguiente. Puede comunicarse con el consultorio del nuevo PCD para preguntar sobre su procedimiento o comunicarse con Servicios para Miembros.

Atención de un dentista especializado: Puede obtener atención de un dentista especializado después de que su PCD envíe una referencia a Liberty para su aprobación. Solo puede recibir servicios de un dentista especializado que haya sido aprobado previamente para usted por Liberty. Su dentista especializado enviará una estimación previa de los servicios a Liberty para su revisión y determinación de los

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

beneficios.

- Todos los servicios y beneficios descritos en esta EOC están cubiertos solo si los proporciona un PCD o dentista especializado contratado por Liberty. Los servicios recibidos por un proveedor no contratado no están cubiertos. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia o urgencia, tal como se define bajo **“Atención dental de emergencia”** o **“Atención dental de urgencia”**.

D. TELEODONTOLOGÍA

La teleodontología es un servicio dental virtual, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, como una solución alternativa para ayudarle a controlar su salud dental, especialmente cuando usted y su PCD no pueden estar en la misma ubicación física. Los proveedores están disponibles por teléfono y computadora desde cualquier lugar para atender necesidades dentales de emergencia y urgencia. Liberty cubre los servicios de teleodontología para ayudar a mejorar el acceso y la continuidad de la atención dental para nuestros miembros. No hay diferencia en su cobertura dental para teleodontología. Los mismos beneficios están disponibles para teleodontología como para las consultas presenciales.

Su proveedor puede determinar a través de una consulta si tiene un problema dental de emergencia y puede brindarle instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Si tiene un diente agrietado o astillado, una lesión en los tejidos blandos (bulto en las encías), una pequeña caries, dolor en la mandíbula o una afección similar que no sea de emergencia, una consulta de teleodontología por teléfono o videollamada puede serle útil. Si necesita tratamiento urgente, debe programarlo para una consulta presencial.

Puede programar una cita con su consultorio dental, por teléfono o en línea para discutir los servicios dentales regulares, los problemas dentales y las instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, llame al número gratuito de Liberty para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si se requiere una consulta presencial, Servicios para Miembros de Liberty se encarga de coordinar las consultas dentales de emergencia sin costo alguno.

Si está experimentando una emergencia médica potencialmente mortal, comuníquese de inmediato con el 911.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

E. ATENCIÓN DE URGENCIA

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes setenta y dos (72) horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar.

Liberty proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso, sangrado, o si un miembro cree razonablemente que la afección, si no es diagnosticada o tratada, puede resultar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario laboral o fuera de este. Si se encuentra fuera del área de servicio de Liberty, llame al plan para ser referido a otro dentista contratado que pueda tratar su afección de urgencia.

Para la atención de urgencia después del horario laboral y fuera del área de servicio de Liberty, puede encontrar un proveedor que pueda ayudarle con su afección de urgencia. Liberty le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año.

Seguirá siendo responsable de sus copagos según lo determine el diseño de su plan dental. Debe informar a Liberty tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de atención de urgencia, de preferencia dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas.

En caso de que Liberty determine que su tratamiento no se debió a una afección dental de urgencia, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para el reembolso.

F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA

Atención dental de emergencia como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista general o dentista especializado para determinar si existe la condición dental de emergencia y para brindar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

La atención dental de emergencia es un beneficio permitido en conformidad con su Lista de beneficios. Liberty brindará beneficios para servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia dentro de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. Liberty no

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

cubrirá los servicios que se determine que no eran de naturaleza dental.

Todos los consultorios PCD contratados por Liberty brindarán servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Liberty brinda cobertura para servicios dentales de emergencia si, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar daños graves de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

La Atención de emergencia puede incluir, entre otros, el cuidado de una lesión, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si se trata de una emergencia médica, llame a su médico de cuidado primario, al 911, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para problemas dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después del horario laboral o los fines de semana, comuníquese con su PCD para recibir instrucciones sobre qué hacer. Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del área de servicio de Liberty y no puede comunicarse con el plan para obtener ayuda para encontrar otro consultorio dental contratado, llame a cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia.

Liberty le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75) por año. Será responsable de sus copagos según lo determinen los beneficios de su plan dental.

Debe informar a Liberty tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales de emergencia, de preferencia dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, los servicios de cualquier proveedor no contratado no estarán cubiertos y usted no será elegible para reembolso.

Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “**Atención dental de emergencia**”, Liberty cubrirá hasta setenta y cinco dólares (\$75). Si usted paga una factura por atención dental de emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a: Liberty Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración de los servicios o factura. También puede encontrar una copia del formulario de reclamo dental en nuestro sitio web en:

<https://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ADA%20Claim%20Form.pdf>.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Asegúrese de que la declaración o las facturas sean claramente legibles y envíelas a Liberty con la siguiente información:

- Nombre completo y número de identificación del suscriptor.
- Nombre y número de identificación de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia.
- Nombre, dirección y número de teléfono del dentista que brindó los servicios dentales de emergencia.
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de servicio dental de emergencia.

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es denegada, usted recibirá una Explicación de beneficios (EOB) por escrito dentro de treinta (30) días calendario de recibir el reclamo por parte de Liberty, que incluye:

- La razón de los servicios denegados.
- Referencia a las condiciones de la EOC aplicables, o las pautas y criterios clínicos de Liberty, en los que se basa la denegación.
- Información sobre cómo solicitar una reconsideración de la denegación o presentar una queja formal, y una explicación de los procedimientos de quejas formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES.

G.SEGUNDA OPINIÓN

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando a Servicios para Miembros gratuitamente al 1-888-703-6999/ TTY: 1-877-855-8039 o por escrito a: Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario estándar de referencia a una especialidad, junto con las radiografías y la documentación correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por Liberty dentro de cinco (5) días hábiles de haber recibido la solicitud, o dentro de setenta y dos (72) horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

En cuanto sea aprobada, Liberty hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante sobre sus inquietudes. Luego se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede recibir una copia de la política de Liberty sobre segundas opiniones dentales.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

H. REFERENCIA A UN DENTISTA ESPECIALIZADO

En caso de que necesite ser atendido por un dentista especializado, Liberty requiere que su PCD presente una referencia especializada para su aprobación. Liberty tramitará la solicitud de referencia especializada estándar, que no sea de emergencia, dentro de cinco (5) días hábiles de recibirla.

1. SOLICITUDES DE EMERGENCIA

Si usted o su PCD se encuentran ante una situación de emergencia en la que el plazo normal para tomar una decisión, como se describe anteriormente, sería perjudicial para su vida o su salud, lo que incluye, entre otros, el riesgo de perder la vida, una extremidad u otra función corporal importante, se puede solicitar una referencia de emergencia o una estimación previa.

Liberty responderá a la solicitud de emergencia en un plazo máximo de setenta y dos (72) horas a partir del momento en que reciba toda la información necesaria para tomar una decisión.

Se le informará la decisión de aprobar, modificar o denegar la solicitud al PCD dentro de veinticuatro (24) horas de tomar la decisión. En casos donde la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), se le informará a usted la decisión por escrito dentro de treinta (30) días de recibir la información.

2. SOLICITUDES PENDIENTES

En ocasiones, Liberty necesita información adicional de su PCD para procesar una solicitud de referencia especializada. Cuando se necesite información adicional, Liberty les enviará a usted y a su PCD una carta en la que se explicará por qué quedó pendiente la solicitud de referencia especializada, qué información adicional que se necesita y cuándo debe recibirse para tomar una decisión.

Las solicitudes de referencias especializadas pueden permanecer pendientes hasta por catorce (14) días calendario. Si no se recibe la información necesaria, Liberty tomará una decisión con base en la documentación proporcionada por el PCD, los beneficios de su plan dental, y las pautas y criterios del plan.

3. CONSULTAS AL DENTISTA ESPECIALIZADO

Una vez que complete la primera consulta con el dentista especializado, llamada consulta, se le proporcionará un plan de tratamiento que incluye los procedimientos recomendados para tratar su afección, si los servicios están cubiertos o no, y el monto que pagará por los servicios.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Su dentista especializado debe enviar una estimación previa a Liberty para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la idoneidad, excepto para los servicios dentales de emergencia (consulte **“Atención dental de emergencia”** y **“Servicios de atención de urgencia”** descritos anteriormente).
- Será financieramente responsable de los copagos y deducibles indicados para los servicios cubiertos. Si elige que se completen los servicios que Liberty denegó en función de la necesidad médica, o cualquier servicio no cubierto o electivo, será financieramente responsable de la cuota habitual del dentista especializado.

AVISO IMPORTANTE: Los servicios especializados y los planes de tratamiento aprobados previamente por Liberty, solo están disponibles con los dentistas especializados que solicitaron los servicios. Los servicios especializados y los planes de tratamiento no son transferibles de un dentista especializado a otro, a menos que ambos estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.

I. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No se requiere una aprobación previa para recibir servicios dentales de su PCD. Su PCD tiene la capacidad de tomar la mayoría de las determinaciones de cobertura. Los planes de tratamiento para determinar sus beneficios dentales se completan a través de exámenes orales integrales, que están cubiertos por su plan.

Su PCD es responsable de informarle los resultados del examen oral completo y brindarle un plan de tratamiento que incluya sus beneficios disponibles y los costos asociados.

Su dentista especializado debe usar el proceso descrito anteriormente en **“Referencia a un dentista especializado”**.

Usted, su PCD o dentista especializado pueden llamar a Servicios para Miembros gratuitamente al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039 para obtener información sobre la aprobación previa de las políticas de servicios del plan o el estado de una referencia o estimación previa.

Si no está satisfecho con la decisión de Liberty de retrasar, modificar o denegar los servicios solicitados en una referencia especializada y/o estimación previa, tiene derecho a solicitar una reconsideración. Consulte la sección PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES en esta EOC para obtener más información sobre cómo solicitar una reconsideración.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

J. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

- 1. Miembros actuales:** Los miembros actuales de Liberty tienen derecho a completar la atención de ciertas afecciones dentales graves y recurrentes con su proveedor, que ya no tiene contrato con Liberty (proveedor cancelado). Llame a Servicios para Miembros de Liberty al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039 para saber si es elegible para este beneficio.

Usted debe hacer una solicitud específica para continuar bajo cuidado con el proveedor terminado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor terminado sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de continuidad de la atención de Liberty, sin costo alguno.

- 2. Miembros nuevos:** Un nuevo miembro de Liberty tiene derecho a completar la atención para ciertas afecciones dentales graves y recurrentes especificadas con su proveedor, que no tiene contrato con Liberty (proveedor fuera de la red). Llame a Servicios para Miembros de Liberty al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039 para saber si es elegible para este beneficio.

Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual fuera de la red. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra póliza o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con la ley de California. Puede solicitar una copia de la Política de continuidad de la atención de Liberty, sin costo alguno.

IV. CUOTAS Y CARGOS: LO QUE USTED PAGA

A. PRIMAS Y CUOTAS DE PREPAGO

Las Primas se deben pagar a su QHP antes del mes de cobertura. A su vez, CalOptima Health debe proporcionar las primas a Liberty para establecer y continuar con su cobertura. Las primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

Su prima y los términos de pago, incluyendo la dirección postal para los pagos, son determinadas por su Plan de salud calificado.

B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

CalOptima Health o Liberty pueden cambiar los beneficios cubiertos, los copagos y las tarifas de las primas. CalOptima Health o Liberty no reducirán los beneficios

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

cubiertos ni aumentarán las tarifas de las primas durante el plazo del acuerdo sin avisarle al menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

C. SALDO ACUMULADO DEL DEDUCIBLE Y DE GASTOS DE BOLSILLO

La ley de California establece que, como miembro de Liberty, puede solicitar que se le envíe por correo un total actualizado de su deducible anual y del límite máximo de gastos de bolsillo por cada mes en que use sus beneficios dentales, hasta que alcance el límite máximo de cada uno. Por lo general, esta información se le enviará junto con sus estados de cuenta de beneficios.

Puede solicitar esta información en línea en www.libertydentalplan.com, por teléfono a Servicios para Miembros o mediante una solicitud por escrito que puede enviarnos por correo postal o fax utilizando cualquier de las siguientes opciones.

También puede optar por dejar de recibir estos envíos por correo. Si anteriormente solicitó dejar de recibir correspondencia de Liberty y desea volver a recibirla, llame a Servicios para Miembros.

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com.
- Por correo postal: Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax: (949) 270-0101
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: (877) 855-8039

D. OTROS CARGOS

Usted es responsable de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Será responsable de otros cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta EOC.

Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o dentista especializado. Para evitar malentendidos financieros, asegúrese de que su PCD o dentista especializado le proporcione un plan de tratamiento por escrito de todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Si recibe servicios sin una estimación previa requerida y aprobada de Liberty, que no sean servicios de atención de emergencia o de urgencia médicamente necesarios, usted será responsable del pago total de la cuota habitual del PCD o del dentista especializado.

IMPORTANTE: Usted será responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, cargos por citas canceladas

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

o pérdidas. Usted y su PCD o dentista especializado acuerdan mutuamente los cargos, de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones realizadas por el proveedor tratante. Liberty no tiene jurisdicción sobre las políticas internas del consultorio o los acuerdos comerciales mutuamente acordados entre usted y su PCD o dentista especializado.

Su plan tiene un límite máximo anual de gastos de bolsillo. El límite máximo anual de gastos de bolsillo es el dinero que usted debe pagar por sus servicios cubiertos en un año. Los gastos de bolsillo incluyen copagos, un coseguro o deducible para todos los servicios médicos y dentales cubiertos.

Cualquier pago por servicios dentales se acumula hacia el límite máximo de gastos de bolsillo médico de su plan de salud para el nivel de metal aplicable seleccionado. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican para el límite máximo de gastos de bolsillo.

Para verificar su límite máximo de gastos de bolsillo, puede visitar el sitio web de CalOptima Health en www.caloptima.org o llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-888-312-2221 (TTY 711 para las personas con limitaciones auditivas o del habla)**. Después de haber alcanzado el límite máximo anual de gastos de bolsillo, Liberty pagará el resto del costo de los servicios dentales para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto brindado por su PCD dental contratado, un dentista especializado o proveedor dental autorizado.

E. RESPONSABILIDAD DE PAGO

Usted es responsable del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones del diseño de su plan.

Usted es responsable de pagar la cuota habitual del PCD o dentista especializado en las siguientes situaciones:

- Servicios no cubiertos y opcionales.
- Servicios completados con un consultorio, PCD o dentista especializado no contratados.
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una estimación previa de Liberty.
- Servicios completados fuera del área de servicio de Liberty, que se determina que no califican como servicios de atención de emergencia o urgencia. Esto puede incluir tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Los servicios de emergencia están disponibles fuera de la red o sin estimación previa en algunas situaciones, consulte las secciones “**Atención dental de emergencia**” o “**Atención dental de urgencia**” descritas anteriormente.

IMPORTANTE:

- Antes de que le brinden servicios no cubiertos, su PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y una cotización del costo. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de Liberty al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039.
- Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de Liberty al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039 o a su administrador de beneficios para comprender completamente su cobertura, debe revisar cuidadosamente este documento de EOC.
- En caso de que el padre, madre o tutor legal de un niño reciba una orden judicial para inscribir a un niño en este plan dental, Liberty proporcionará los beneficios descritos en esta EOC dentro de los requisitos aplicables de la orden judicial. Cualquier reclamo pagadero en virtud de esta EOC se pagará, a discreción de Liberty, al padre, madre o tutor legal del niño, por cualquier gasto pagado de su bolsillo.

F. REEMBOLSO DE PROVEEDORES

Liberty ofrece múltiples formas de pagar a nuestros PCD y dentistas especializados contratados por los servicios cubiertos. Esto incluye capitación, pago por servicio y recargos suplementarios. Los pagos cambian según el área geográfica, el dentista general, el dentista especializado y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Usted no será responsable financieramente por ningún monto adeudado a algún PCD o dentista especializado contratado por Liberty. En caso de que Liberty no pague a un proveedor no contratado, usted será responsable del costo de los servicios que recibió.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

A. QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE

Usted y sus dependientes inscritos que sean elegibles deben vivir o trabajar en el área de servicio de Liberty.

Puede inscribir a:

- Hijos dependientes hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.
- Nuevos hijos dependientes adoptados por usted, hijastros y recién nacidos hasta el decimonoveno (19) cumpleaños.

B. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS

Su plan dental es proporcionado por su QHP y se coordina a través de Liberty. Si Liberty recibe el pago del formulario de inscripción completado antes del vigésimo (20.º) día del mes, usted es elegible para recibir atención el primer día del mes siguiente. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha de vigencia de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de Liberty cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios (Anexo 1) cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los beneficios, copagos, gastos de bolsillo, exclusiones y limitaciones, así como cualquier tratamiento no cubierto.

VI. SERVICIOS CUBIERTOS

Usted está cubierto para los siguientes servicios y procedimientos dentales cuando sean médicamente necesarios para su salud dental y de acuerdo con los estándares de la práctica dental profesional. Los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas para cada categoría y para todos los servicios.

Consulte su Lista de beneficios (Anexo 1) para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan dental de Liberty.

A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su afección dental y ayudar a determinar qué tratamiento se necesita. Los servicios dentales de diagnóstico incluyen exámenes orales y radiografías.

B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar que su condición dental empeore. Los servicios preventivos incluyen limpiezas y algunos servicios periodontales.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable. Los servicios de restauración incluyen empastes y coronas.

D. SERVICIOS DE ENDODONCIA

Los servicios dentales de endodoncia incluyen el tratamiento de la pulpa, los conductos radiculares y las raíces. Los servicios de endodoncia incluyen procedimientos de conducto radicular.

E. SERVICIOS PERIODONTALES

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostienen los dientes. Los servicios periodontales incluyen raspado y alisado radicular (limpieza profunda).

F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato y el mantenimiento de los mismos. Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas parciales y completas removibles o puentes fijos.

G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL

La cirugía oral implica procedimientos quirúrgicos en sus dientes, la boca, las encías o la mandíbula. Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos.

H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS

Los servicios dentales complementarios generalmente se refieren a cualquier tratamiento o servicio que se brinde como parte de otro servicio cubierto. Los servicios dentales complementarios incluyen anestesia (sueño profundo o medicamento para adormecer) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos.

I. SERVICIOS DE ORTODONCIA

Los servicios dentales de ortodoncia implican enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Los servicios dentales de ortodoncia incluyen frenillos y retenedores. Los beneficios de ortodoncia solo están disponibles cuando son médicamente necesarios, tal como se describe en su Lista de beneficios.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

VII. **LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES**

Consulte su Lista de beneficios (Anexo 1) para ver las limitaciones de los procedimientos cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan. Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio de su plan dental, y están disponibles a pedido, sin costo alguno.

A. **EXCLUSIONES GENERALES**

Liberty no cubrirá:

- Los servicios que recibe de un PCD o dentista especializado que no tiene contrato con Liberty, a menos que tenga una aprobación previa de Liberty, o que necesite atención de emergencia o de urgencia fuera del área de servicio de Liberty.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental que no sea médicamente necesario, según lo determine Liberty, de acuerdo con los estándares de práctica dental profesionalmente reconocidos.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental que no figure específicamente como un beneficio cubierto por su plan dental. Consulte su Lista de beneficios (Anexo 1) para obtener una lista completa de las exclusiones.
 - Cualquier procedimiento o servicio dental con fines estéticos o para afecciones que son el resultado de defectos hereditarios del desarrollo.
 - Cualquier procedimiento, servicio o aparato dental proporcionado por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
 - Los servicios que le haya ordenado un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por Liberty.
 - El costo de copiar sus registros dentales con su PCD o dentista especializado
 - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a su PCD, dentista especializado o recibir atención dental.
 - Otras exclusiones se enumeran en su Lista de Beneficios completa junto con este documento al inicio su plan, y también están disponibles por separado cuando lo solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no están cubiertos bajo este plan, un PCD o dentista especializado puede cobrarle su cuota habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este plan, el PCD o dentista especializado debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame a Servicios para Miembros de Liberty al (888) 703-6999/TTY: 1-877-855-8039 o hable con

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC y su Lista de beneficios.

B. CITAS PERDIDAS

Liberty recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su PCD o dentista especializado, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible, pero a más tardar setenta y dos (72) horas antes de su cita. Esto permitirá al PCD o dentista especializado programar a otra persona que necesite atención. Los consultorios dentales pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

A. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS

1. Cancelación por pérdida de elegibilidad

Este es un plan EPDB y los beneficios terminarán una vez que los miembros alcancen el límite de edad para la cobertura, diecinueve (19) años, tal como se establece en este documento.

Su cobertura del plan dental de Liberty puede ser terminada por su cobertura del Plan de Salud Calificado (QHP). Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su QHP al menos treinta (30) días calendario antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará al mismo tiempo.

La cobertura de su plan dental de Liberty, incluida la cobertura para sus dependientes, también puede terminar si:

- Usted ya no vive ni trabaja en el área de servicio de Liberty o si Liberty ya no ofrece su plan dental.

2. Cancelación debido a la falta de pago de la prima

- Si su QHP no paga la prima, Liberty enviará un aviso a su QHP para informar que la prima está vencida.
- Si las primas no se pagan de conformidad con el acuerdo de su QHP, la cobertura de su plan dental de Liberty finalizará a la medianoche del último día del período de gracia de treinta (30) días calendario, sujeto a la presentación de los requisitos de notificación exigidos por Liberty. Los miembros reciben un período de gracia de al menos treinta (30) días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el "Aviso de inicio del período de gracia".

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- La cobertura continuará bajo el contrato del plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

3. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación

- Si la cobertura de su plan dental finaliza mientras el contrato entre usted y Liberty está vigente, su PCD o dentista especializado deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del plan.
- Si la cobertura de su plan dental finaliza con Liberty después del inicio del tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de los cargos de cualquier tratamiento de ortodoncia restante.

4. Cancelación por fraude

- La ley federal prohíbe el fraude. La cobertura de su plan dental con Liberty se cancelará de inmediato si usted planea, comete fraude o engaño, o permite deliberadamente que otra persona lo haga.
- Algunos ejemplos de fraude son:
 - Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación para recibir servicios de este plan.
 - Proporcionar a Liberty o a su proveedor dental información importante incompleta o incorrecta sobre usted o sus dependientes, que podría afectar la inscripción o el uso de los beneficios del plan dental.
 - Engañar intencionalmente a Liberty, proporcionar información falsa sobre usted o permitir que otra persona lo haga, con el fin de obtener servicios de atención dental.

En casos de sospecha de fraude, recibirá una carta por correo certificado al menos treinta (30) días antes de la fecha de terminación. La carta incluirá el motivo de la terminación planificada y sus derechos de apelación. Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindirá o no renovará, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de Atención Administrada de la Salud. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de Liberty.

5. Cancelación debido al estado de salud

- Liberty no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión del Director del Departamento de Atención Administrada de la Salud. Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará a Liberty. Dentro de los quince (15) días calendario de la fecha en que recibimos dicho aviso, Liberty solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.

- Liberty será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación.
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con limitaciones auditivas o del habla. El sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud es www.dmhca.gov.

B. FECHA DE VIGENCIA DE LA TERMINACIÓN

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en el que la cobertura finaliza inmediatamente después de la notificación.

C. DESAFILIACIÓN

Puede cancelar su inscripción en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con Covered California o su Plan de salud calificado por teléfono o por escrito.

La cancelación de la inscripción es vigente en la fecha especificada o catorce (14) días calendario después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo.

D. RESCISIÓN

Rescisión significa que Liberty puede cancelar su cobertura como si ésta no existiera. Liberty solo puede rescindir su cobertura en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

Si cree que la inscripción se cancelará de manera incorrecta, rescindirá o no renovará, puede enviar una solicitud de revisión al Director del Departamento de

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Atención Administrada de la Salud. Una vez que haya completado el proceso de apelación, su cobertura finalizará de inmediato y recibirá una notificación por escrito de Liberty. Excepto por lo dispuesto por ley, Liberty no puede rescindir su cobertura después de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de emisión de la cobertura dental.

IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA

Consulte la EOC de su CalOptima Health para obtener información sobre renovación y reincorporación de cobertura.

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será cancelada de manera incorrecta, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante el plan de CalOptima Health y/o el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Opción (1): Presentar una queja formal ante Liberty.

Puede enviar una queja formal al plan de CalOptima Health de cualquiera de las siguientes formas:

- En línea en www.caloptima.org y preséntela de manera electrónica.
- Envíe por fax su queja formal por escrito al 1-714-246-8562
- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-312-2221, TTY 711 para las personas con limitaciones auditivas o del habla.
- Envíe su queja formal por escrito a:

CalOptima Health
Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Es posible que desee presentar su queja formal ante CalOptima Health primero si considera que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse tan pronto como sea posible después de recibir la "Notificación de cancelación, rescisión o no renovación".

Resolveremos su queja formal o le daremos un estado pendiente dentro de tres (3) días calendario de recibirla. Si no recibe una respuesta de CalOptima Health dentro de tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de cualquier manera con la respuesta de CalOptima Health, puede presentar una queja formal ante el Departamento de

Atención Administrada de la Salud, tal como se detalla a continuación en la Opción 2. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Opción (2): Presentar una queja formal al Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Puede presentar una queja formal directamente al Departamento de Atención Administrada de la Salud sin antes enviarla a CalOptima Health o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud en línea en: www.dmhca.gov
- Puede presentar una queja formal al Departamento de Atención Administrada de la Salud enviándola por escrito a:
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, California 95814-2725
- Puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:
Teléfono: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
Fax: 1-916-255-5241

X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Presentar una queja o apelación. Si no está satisfecho con su atención dental de Liberty, su proveedor dental, o CalOptima Health, debe comunicarse con nosotros lo más pronto posible.

- Una **queja formal (queja)** es una expresión de insatisfacción: si tiene un problema con Liberty, un proveedor dental, con alguna atención o servicio dental que recibió o con CalOptima Health.
- Una **apelación** es una solicitud para que Liberty revise y cambie una decisión que tomamos sobre su cobertura. Usted puede presentar una apelación si rechazamos, retrasamos o cambiamos un servicio o pago, y cree que cometimos un error.

No discriminaremos ni tomaremos medidas en contra de usted o de un proveedor dental por presentar o apoyar la presentación de una queja o apelación, incluidas las apelaciones rápidas.

Un intérprete está disponible si necesita hablar en su propio idioma y puede ayudarle a presentar su queja (reclamo) o solicitud de apelación. Este servicio es gratuito para

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

todos los miembros. Para obtener más información, consulte la sección Asistencia de idiomas y comunicación en esta Evidencia de Cobertura (EOC). Para ser justos, los casos no los revisará la misma persona que tomó la primera decisión. Todos los casos relacionados con los servicios dentales clínicos los revisa un dentista certificado. Conservamos los expedientes de todos sus casos y hay copias disponibles sin ningún costo. Su expediente puede incluir: Todos los expedientes dentales, documentos relacionados con su caso, la información anterior y durante el proceso de apelaciones, beneficios, reglas y criterios utilizados para tomar la decisión.

Algunas quejas se pueden solucionar de inmediato.

Si nos llama por un problema, es posible que nuestro equipo de Servicios para Miembros pueda solucionarlo en veinticuatro (24) horas o al día laboral siguiente. Cuando solucionamos rápido su problema, no tenemos que enviarle una carta por escrito diciendo que recibimos su queja o una respuesta por escrito.

Servicios para Miembros no puede manejar algunos problemas.

Este tipo de problemas deben pasar por nuestro proceso estándar de quejas, lo que incluye el reconocimiento por escrito y la decisión por escrito.

- problemas sobre su cobertura;
- preocupaciones por el costo o los cargos por servicios dentales cubiertos;
- apelaciones, incluidos tratamientos experimentales o de investigación;
- condiciones insalubres del consultorio o procedimientos inseguros;
- preocupaciones sobre discriminación;
- problemas con la calidad del tratamiento dental, completado o recomendado.

A. CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Cuenta con ciento ochenta (180) días calendario a partir de algún incidente o medida objeto de su insatisfacción, para presentar una queja ante Liberty. Los representantes de Liberty revisarán el problema con usted y tomarán las medidas adecuadas para una resolución rápida. Recibirá una carta de reconocimiento que acuse recibo de su queja dentro de un plazo de cinco (5) días calendario. Las quejas estándar se resolverán dentro de un plazo de treinta (30) días calendario.

Si habla un inglés limitado, tiene problemas visuales o de comunicación, Liberty le ayudará para presentar una queja. La ayuda incluye traducción de los procedimientos de queja, los formularios y las respuestas de Liberty. Liberty también proporciona acceso a intérpretes y sistemas de retransmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades a comunicarse.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Puede presentar su queja usando el formulario de Liberty para presentar quejas. Liberty no pide que use el formulario para presentar quejas; investigaremos las quejas presentadas en cualquier formato. Los formularios para presentar quejas están disponibles en cualquiera de los siguientes.

- En el consultorio de su PCD o dentista especializado.
- En este documento de EOC, en el Apéndice 2 “FORMULARIOS”.
- En nuestro sitio web en www.libertydentalplan.com
- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999 o TTY: 1-877-855-8039

Puede presentar su queja y cualquier expediente que quiera que revisemos en cualquiera de los siguientes:

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com
- Por fax: Quejas y apelaciones de Liberty, al 1-833-250-1814
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: 1-877-855-8039
- En persona: 1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782
- Por correo postal: Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110

Puede recurrir a un “defensor de pacientes” para ayudarle a presentar una queja. Para las quejas que involucran menores, dependientes o miembros con una discapacidad que están incapacitados, padres, tutores, curadores, parientes u otras personas designadas con la autoridad de actuar en nombre del miembro, puede presentar una queja ante Liberty. Liberty solicitará pruebas por escrito de la tutoría vigente cuando sea necesario.

Los asuntos urgentes se pueden presentar ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. Si su problema es urgente, puede pedir ayuda al Departamento de Atención Administrada de la Salud al mismo tiempo que presenta una queja con nosotros. Los problemas urgentes incluyen problemas que podrían dañar gravemente su salud, su vida y su capacidad funcional si no se resuelven rápidamente. Puede obtener más información en la sección a continuación, Quejas y apelaciones urgentes (aceleradas).

B. QUEJAS Y APELACIONES URGENTES (RÁPIDAS)

Usted, su proveedor dental o su representante autorizado puede pedir una revisión rápida si esperar treinta (30) días calendario por una decisión podría dañar gravemente su salud, su vida o su capacidad funcional. Un dentista certificado de Liberty revisará su solicitud de revisión rápida. Es importante que Liberty reciba lo más pronto posible

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

cualquier documento en apoyo de su caso, porque hay tiempo limitado para enviarnos evidencia para las revisiones rápidas. Liberty puede completar una revisión rápida con base en la información que recibimos.

Una vez revisada y aprobada la revisión rápida de la solicitud, Liberty resolverá su caso en un plazo de tres (3) días calendario a partir de su recepción, o más pronto, con base en su afección dental o médica.

Puede solicitar una revisión rápida y presentar cualquier expediente que quiera que revisemos en cualquiera de los siguientes:

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com
- Por fax a: Quejas y apelaciones de Liberty, al 1-833-250-1814
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: 1-877-855-8039
- En persona: 1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782
- Por correo postal: Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110

Declaración requerida de California: “El Departamento de Atención Administrada de la Salud de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud, al **1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039** y usar el proceso para presentar una queja de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. Usar este proceso para presentar una queja no le quita ningún derecho legal o posible solución que pudiera tener a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no resolvió satisfactoriamente, o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al departamento para recibir ayuda. Además, es posible que califique para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si califica para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones relacionadas con la cobertura de tratamientos de carácter experimental o de investigación, y las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito 1-888-466-2219 y una línea TDD 1-877-688-9891 para las personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios de quejas, formularios de solicitud para una IMR e instrucciones en línea”.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

PROCEDIMIENTO DE QUEJA DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA SALUD (DEPARTAMENTO) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

El Departamento de Atención Administrada de la Salud estableció un número gratuito, 888-466-2219, y una línea TDD, 1-877-688-9891, que puede usar si tiene una queja en contra de CalOptima Health, Liberty, o solicitudes de revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones de conformidad con las leyes de California y normas relacionadas. Puede presentar de inmediato una queja ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud si su asunto es urgente o presenta una amenaza grave a su salud, lo que incluye dolor agudo, posible pérdida de la vida, de una extremidad o de la capacidad funcional. En estas situaciones, no es necesario que presente antes una queja con Liberty.

Los asuntos no urgentes se deben presentar antes con Liberty; si no queda satisfecho con el resultado de su caso o si no recibe una respuesta por escrito en un plazo de treinta (30) días calendario, puede comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud para presentar una queja contra Liberty, CalOptima Health.

C. CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene ciento ochenta (180) días a partir de la notificación de negación para presentar una apelación con Liberty.

Recibirá una carta de reconocimiento que acuse recibo de su queja dentro de un plazo de cinco (5) días calendario. Las quejas estándar se resolverán dentro de un plazo de treinta (30) días calendario.

Una apelación es una solicitud de un miembro, un proveedor con autorización por escrito u otra persona autorizada, para revisar y cambiar una decisión que Liberty tomó en cuanto a un servicio o pago a un proveedor dental. Si le enviamos una carta de negación para informarle que rechazamos, retrasamos, modificamos o cancelamos un servicio, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, usted, su dentista o su representante autorizado puede presentar una apelación.

Es importante que nos proporcione tanta información como pueda sobre su apelación y nos diga por qué considera que nuestra decisión del aviso de negación es incorrecta. Si necesita más tiempo para enviarlos información, usted o su representante autorizado puede solicitar hasta catorce (14) días calendario adicionales para resolver la apelación. Es posible que Liberty también solicite más tiempo si eso le ayuda a usted.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Le llamaremos y enviaremos una carta dentro de dos (2) días calendario si necesitamos más tiempo para resolver la apelación. La carta incluirá la razón por la que necesitamos más tiempo y cómo el retraso es lo mejor para usted. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de tomar tiempo adicional, puede presentar una queja sobre el retraso.

La decisión de apelación por escrito le informará con claridad la razón, los criterios y las políticas dentales que usamos para tomar nuestra decisión, y su derecho a solicitar una copia de su expediente, registros dentales o cualquier material que revisamos, sin costo alguno.

Puede presentar su apelación y materiales adicionales para su consideración en cualquiera de los siguientes:

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com
- Por correo electrónico: GandA@libertydentalplan.com
- Por fax: Quejas y apelaciones de Liberty, al 1-833-250-1814
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: 1-877-855-8039.
- En persona: 1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782
- Por correo: Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110

D. MEDIACIÓN VOLUNTARIA (OPCIONAL)

También puede solicitar una mediación voluntaria para ayudar a resolver un problema. La mediación es opcional y no reemplaza su derecho a usar el proceso de queja y apelación, o a comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud.

- Puede preguntar de inmediato al DMHC si su problema es urgente y podría dañar gravemente su salud, su vida, su capacidad funcional, o después de treinta (30) días calendario si no recibe nuestra decisión o está en desacuerdo con ella.
- La mediación se llevará a cabo solo si usted está de acuerdo. No elegir una mediación no afectará su derecho de queja o de apelación.
- Si se recurre a la mediación, no retrasaremos la cronología de su queja o apelación.
- No se le pedirá que pague por la mediación para usar su derecho de queja o los derechos del Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

E. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

Los casos que Liberty deniega, para servicios cubiertos que no se consideren médicamente necesarios, o tratamientos experimentales o de investigación, o el pago de disputas por servicios de emergencia, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Administrada de la Salud.

Si su apelación es denegada por una de estas razones, en su carta de decisión de apelación se incluirá un formulario de solicitud de IMR. El proceso de IMR está disponible para revisar este tipo de decisiones y el Departamento de Atención Administrada de la Salud lo proporciona.

También puede obtener una copia del formulario de IMR de cualquiera de las siguientes maneras:

- **En línea:** www.libertydentalplan.com en Presentar una queja o apelación.
- En este documento de EOC, en el Apéndice 2 "FORMULARIOS".
- **Por correo electrónico:** GandA@libertydentalplan.com
- **Por fax:** Quejas y apelaciones de Liberty, al 1-833-250-1814
- **Por teléfono:** Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- **Por TDD/TTY:** 1-(877) 855-8039
- **En persona:** 1730 Flight Way, Ste. 125, Tustin, CA 92782
- **Por correo postal:** Liberty Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110

También puede solicitar los formularios al Departamento de Atención Administrada de la Salud al 1-888-466-2219, TDD/TTY: 1-877-688-9891 o visitando su sitio web en: www.dmhc.ca.gov.

F. ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas formales de Liberty, y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al proceso de arbitraje vinculante para su resolución. Usted o uno de sus dependientes elegibles puede presentar una queja formal ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud para su revisión y resolución antes de cualquier arbitraje.

Como condición de su membresía en Liberty, las disputas que surjan de su participación como miembro de Liberty o se relacionen con ella, incluida la responsabilidad contractual o médica o la mala praxis (por ejemplo, si los servicios cubiertos prestados fueron innecesarios o no autorizados, o si se prestaron de manera

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

incorrecta, negligente o incompetente) se resolverán mediante arbitraje vinculante.

Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.

El arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las reglas comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association, AAA) vigentes al momento de ocurrir la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

El arbitraje será conducido por un árbitro mutuamente aceptable seleccionado por las partes, o si las partes no pueden llegar a un acuerdo, por el proceso de selección de árbitros establecido por la AAA.

Puede iniciar el arbitraje enviando una solicitud de arbitraje por escrito a Liberty:

- Liberty Dental Plan
Attn: Arbitration Request
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

La solicitud por escrito debe incluir una declaración clara que describa la naturaleza de la disputa, los intentos de resolver la disputa con Liberty, la compensación o el remedio buscado y el monto en dólares involucrado. El arbitraje tendrá lugar en California, a menos que las partes acuerden mutuamente otro lugar.

Al árbitro se le requiere que siga las leyes estatales y federales correspondientes. El árbitro puede interpretar los términos de esta EOC, pero no tendrá el poder para cambiarla, modificarla o rechazar la aplicación de cualquiera de sus términos, y el árbitro tampoco tendrá la autoridad de adjudicar cualquier compensación que no estaría disponible en un tribunal. El árbitro tendrá el poder de otorgar todos los recursos legales y equitativos y otorgar daños compensatorios previstos por la ley de California, excepto que no se otorgarán daños punitivos. Al concluir el arbitraje, el árbitro emitirá una declaración y adjudicación por escrito de acuerdo con las conclusiones de hecho y derecho. La adjudicación será final y vinculante para todas las partes excepto hasta donde lo dispongan las leyes estatales y federales para la revisión judicial de procedimientos de arbitraje.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Debe pagar las cuotas de su propio abogado, en caso de que elija tener uno. Liberty tendrá que pagar las cuotas de su propio abogado. Si no puede pagar su parte de las cuotas y gastos del árbitro debido a dificultades extremas, puede solicitar a Liberty por escrito que asuma la totalidad o una parte de las cuotas que le corresponde. Con dicha notificación por escrito, Liberty puede enviar su solicitud a una organización profesional independiente de resolución de disputas para determinar si Liberty debe pagar una parte o la totalidad de su parte de las cuotas y gastos del árbitro. Dichas solicitudes deben presentarse a la dirección indicada anteriormente.

El arbitraje debe iniciarse dentro de un (1) año a partir de la fecha en que surgió, se descubrió o debería haberse descubierto la disputa con diligencia razonable, lo que suceda primero; en caso contrario, se tendrá por renunciada y prescrita para siempre.

XI. OTRAS DISPOSICIONES

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como miembro de Liberty, siempre recibirá sus beneficios. Liberty no considera que su plan sea secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Tiene derecho a recibir los beneficios que se indican en este documento EOC a pesar de cualquier cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluye en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Si se considera que los servicios, que de otro modo están cubiertos en virtud de este plan de grupo, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de Liberty para ser reembolsado por estos servicios.

C. COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA

Liberty tiene un grupo que se llama Comité de Política Pública. Este grupo está compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El grupo analiza las políticas de Liberty y es responsable de:

- Recomendar maneras de servir mejor a nuestros miembros.
- Revisar las métricas de calidad para asegurar la satisfacción de los miembros.
- Sugerir mejoras a los programas de Liberty.
- Revisar informes financieros de Liberty.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Participar en este grupo es voluntario y se le pagará por cada reunión a la que asista. Si desea participar en el Comité de Políticas Públicas de Liberty, llámenos o envíenos un correo electrónico o puede completar la Solicitud del comité de políticas públicas incluida en el Anexo 2 "FORMULARIOS" y devolverla a Liberty, de las siguientes maneras.

- Por correo postal:
Liberty Dental Plan of California
Public Policy Committee (QM Department)
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
- Por teléfono: 1-888-703-6999 o TTY 1-888-855-8039
- Por fax: 1-888-334-6027
- Por correo electrónico: QM@libertydentalplan.com
- En línea: <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Facing-Committee.aspx>.

D. COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

La ley de California establece que usted puede solicitar comunicaciones confidenciales con respecto a la recepción de servicios delicados. Estos tipos de servicios pueden incluir:

- Facturas e intentos de cobro.
- Avisos de Determinación adversa de beneficios.
- Avisos de Explicación de beneficios.
- Solicitudes de un plan para información adicional con respecto a un reclamo.
- Avisos de un reclamo impugnado.
- Nombre y dirección de un proveedor, descripción de los servicios recibidos y otra información relacionada con una consulta.
- Cualquier comunicación verbal, escrita o electrónica del plan que contenga información médica protegida.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de Liberty para cualquiera de los servicios indicados anteriormente, llame a Servicios para Miembros o puede enviar una solicitud por escrito por correo o fax a cualquiera de los siguientes:

- En línea: visite el sitio web de Liberty en www.libertydentalplan.com
- Por correo postal: Liberty Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax: 1-949-270-0101
- Por teléfono: Servicios para Miembros de Liberty, al 1-888-703-6999
- Por TDD/TTY: 1-877-855-8039

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

E. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. Liberty Dental Plan (Liberty) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales. Liberty no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Liberty brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en el lenguaje de señas.
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) al 1-888-703-6999. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-877-855-8039.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si usted considera que Liberty no ha brindado alguno de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de derechos civiles de Liberty. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al Coordinador de derechos civiles de Liberty, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) al 1-888-704-9833. O si no puede oír o hablar bien, llame al 1-877-855-8039.
- Por escrito: complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
Liberty Dental Plan, Civil Rights Coordinator
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
- En persona: visite el consultorio de su médico o Liberty y diga que desea presentar una queja formal.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Electrónicamente: visite el sitio web de Liberty en [File a Grievance or Appeal - File a Grievance or Appeal](#).

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- Por escrito: complete el formulario de queja o envíe una carta a:
Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
- Puede obtener formularios de quejas en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al
TTY/TDD 1-800-537-7697
- Por escrito: complete el formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
S.W. Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
- Puede obtener formularios de quejas en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Electrónicamente: visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su plan, los servicios que le ofrece su plan, y los proveedores de cuidado médico disponibles para atenderlo.
- Hacer recomendaciones relacionadas con la política de derechos y responsabilidades del miembro del plan.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y si el plan puede imponer ciertos límites a esos servicios.
- Conocer los costos de su atención y si ha alcanzado el monto máximo de su deducible o de dinero de su bolsillo.
- Elegir un proveedor de cuidado médico en su red del plan y cambiar a otro médico dentro de la red de su plan si no está satisfecho.
- Recibir atención médica de manera oportuna y geográficamente accesible.
- Tener una cita oportuna con un proveedor de cuidado médico dentro de la red de su plan, incluida una con un especialista.
- Tener una cita con un proveedor de cuidado médico fuera de la red de su plan cuando su plan no puede proporcionar acceso oportuno a la atención con un proveedor de cuidado médico de la red.
- Ciertas adaptaciones para su discapacidad, lo que incluye:
 - Acceso equitativo a servicios médicos, lo que incluye salas de exploración y equipo médico accesibles en el consultorio o instalación del proveedor de cuidado médico.
 - Acceso completo y equitativo, igual que otros miembros del público, a las instalaciones médicas.
 - Tiempo adicional para las consultas si lo necesita.
 - Llevar con usted a las salas de exploración a su animal de servicio.
- Comprar un seguro médico o determinar la elegibilidad de Medi-Cal mediante el Intercambio de Beneficios Médicos de California, Covered California.
- Recibir una atención considerada y cortés, y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, incluida, entre otras:
 - Atención médica transinclusiva, lo que incluye todos los servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las afecciones

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

intersexuales.

- Ser llamado por su nombre y pronombre de preferencia.
- Recibir de su proveedor de cuidado médico, bajo solicitud, toda la información adecuada relacionada con su problema de salud o afección médica, plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento apropiado propuesto o médicamente necesario.
- Esta información incluye información disponible sobre los resultados esperados, independientemente del costo o cobertura del beneficio, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir tratamiento.
- Participar con sus proveedores de cuidado médico en la toma de decisiones sobre su atención médica, lo que incluye dar un consentimiento informado cuando recibe tratamiento. Hasta donde lo permite la ley, también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Una conversación de las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para su afección, independientemente del costo o la cobertura del beneficio.
- Recibir cobertura de atención médica, incluso si padece una afección preexistente.
- Recibir tratamiento médicamente necesario para un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Recibir ciertos servicios de salud preventiva, incluidos muchos sin copago, coseguro o deducible.
- No tener límite anual o de por vida en dólares para los servicios básicos de atención médica.
- Ser notificado de un aumento o cambio no razonable de la tasa, según corresponda.
- Protección contra facturación ilegal de saldo por parte de un proveedor de cuidado médico.
- No incurrir en tarifas relacionadas con el método de pago elegido por su proveedor dental.
- Solicitar a su plan una segunda opinión de un proveedor de cuidado médico con cualificación adecuada.
- Esperar que su plan mantenga privada su información personal de salud, de conformidad con sus políticas de privacidad y con las leyes federales y estatales.
- Solicitar a la mayoría de los proveedores de cuidado médico información relacionada con quién ha recibido su información personal de salud.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Solicitar a su plan o a su médico que se comuniquen con usted solo de cierta manera o a ciertos lugares.
- Tener su información médica relacionada con servicios delicados protegidos.
- Obtener una copia de sus expedientes y agregar sus propias notas. Puede pedirle a su médico o plan de salud que cambie la información sobre usted en sus expedientes médicos si no son correctos o no están completos. Su médico o plan de salud puede rechazar su solicitud. Si esto sucede, usted puede agregar una declaración a su expediente explicando la información.
- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando recibe los servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete sin costo para usted.
- Recibir material escrito en su idioma de preferencia cuando lo requiera la ley.
- Tener información de salud en un formato utilizable si usted es ciego, sordo o tiene deficiencia visual.
- Solicitar la continuidad de la atención si su proveedor o grupo médico se sale de su plan o si es miembro de un nuevo plan.
- Tener instrucciones anticipadas de atención médica.

Estar completamente informado sobre el procedimiento de quejas de su plan y entender cómo usarlo sin miedo a interrumpir su atención médica.

- Presentar una queja formal, apelación o queja en su idioma de preferencia sobre:
 - Su plan o proveedor de cuidado médico.
 - Cualquier atención que reciba o acceso a la atención que busca.
 - Cualquier servicio cubierto o decisión de beneficio que haga su plan.
 - Cualquier cargo o facturación incorrecta por su atención.
 - Cualquier alegato de discriminación basado en identidad de género o expresión de género, o por negaciones incorrectas, retrasos o modificaciones de atención médica transinclusiva, lo que incluye servicios médicamente necesarios para tratar la disforia de género o las afecciones intersexuales.
 - No satisfacer sus necesidades de idioma.
- Saber por qué su plan niega un servicio o tratamiento.
- Comunicarse con el Departamento de Atención Administrada de la Salud si tiene problemas para obtener acceso a los servicios de atención médica o tiene preguntas sobre su plan.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente si su plan niega, modifica o retrasa un servicio de atención médica.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar a todos los proveedores de atención médica, al personal del proveedor de cuidado médico y al personal del plan con respeto y dignidad.
- Compartir la información necesaria con su plan y proveedores de cuidado médico, en la medida de lo posible, para ayudarle a obtener la atención adecuada.
- Participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas con sus proveedores de cuidado médico y seguir los planes e instrucciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, mantener todas las citas programadas y llamar a su proveedor de cuidado médico si va a llegar con retraso o si necesita cancelar.
- Abstenerse de presentar reclamos o información falsos, fraudulentos o engañosos a su plan o proveedores de cuidado médico.
- Informar a su plan si ha habido cambios en su nombre, dirección o miembros de su familia cubiertos por su plan.
- Pagar de manera oportuna cualquier prima, copago y cargos por servicios no cubiertos.
- Informar a su plan lo más pronto posible, en la medida de lo razonable, si le facturaron de manera incorrecta.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamos directamente ante Liberty. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre.

Los servicios prestados por un dentista especializado se reportan a Liberty por medio del mismo dentista especializado. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario laboral o fuera del área de servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a Liberty para recibir el reembolso ("**Reembolso para servicios dentales de emergencia**").

F. DONACIÓN DE ÓRGANOS

El Departamento de Atención Administrada de la Salud requiere a Liberty que le informe que usted tiene a su disposición opciones para donar órganos. La donación de órganos tiene muchos beneficios para la sociedad, y quizás desee considerar esta opción en caso de que alguna situación de salud se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

G. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES

Es política de Liberty que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura. Los servicios solo pueden ser denegados por necesidad médica, por un dentista debidamente autorizado y calificado, que trabaje dentro de los criterios y pautas clínicas escritas de Liberty. Las necesidades individuales de los miembros, así como las características del sistema de entrega local, deben tenerse plenamente en cuenta durante el proceso de revisión. Liberty no recompensa a nuestros revisores dentales por emitir denegaciones de cobertura, atención ni proporciona incentivos que fomenten barreras a la atención/servicios o decisiones que resulten en una infrautilización. El personal del Departamento de Administración de Utilización de Liberty firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

XII. PLAN DE CUMPLIMIENTO

A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO

Liberty Dental Plan se dedica a garantizar que cumple con todas las leyes, normas, reglamentos y procedimientos federales y estatales aplicables, incluidos los requisitos del mercado de seguros de salud, de manera oportuna y eficaz. Se espera que todos los miembros, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores y miembros de la Junta Directiva de Liberty cumplan con estos diversos requisitos legales.

Por estas razones, Liberty ha desarrollado e instituido un Plan de cumplimiento corporativo. El Plan de cumplimiento corporativo está diseñado para garantizar que Liberty cumpla con todas las obligaciones legales y contractuales de manera justa, precisa y consistente.

El Plan de cumplimiento corporativo no solo aborda el fraude, el desperdicio y el abuso de la atención médica, sino también los requisitos y obligaciones establecidos por los Centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid, CMS), el empleo, los informantes y las leyes de seguros.

Las políticas y procedimientos de Liberty para preservar la confidencialidad de los registros médicos y dentales están disponibles a solicitud.

B. DEFINICIONES

- **Fraude:** incluye, pero no se limita a, “presentar o hacer, a sabiendas, un reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica”. El fraude también incluye proporcionar información falsa o engañosa por parte de un miembro con respecto a la cobertura de personas; cometer fraude o engaño al usar los servicios o centros de Liberty; o permitir deliberadamente que otra persona cometa dicho fraude o engaño.
- **Desperdicio:** se refiere al gasto, consumo, administración, uso o derroche de recursos de manera imprudente o descuidada. También incluye incurrir costos innecesarios debido a prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no da lugar a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.
- **Abuso:** se refiere al uso excesivo o indebido de algo, o a su uso de una manera contraria a las reglas naturales o legales correspondiente; la destrucción intencional, desviación, manipulación, aplicación indebida, maltrato o mal uso de los recursos; o el uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no da lugar a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

C. POLÍTICA

La política de Liberty es revisar e investigar todas las acusaciones de fraude, desperdicio y abuso, ya sea interno o externo, tomar medidas correctivas para cualquier alegación respaldada e informar una conducta indebida confirmada a las partes apropiadas, tanto internas como externas.

D. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

Liberty ha establecido una línea telefónica exclusiva para reportar fraudes: 1-888-704-9833/TTY: 1-877-855-8039. La línea telefónica para reportar fraudes ofrece la oportunidad de reportar de manera anónima y confidencial las sospechas razonables y de buena fe sobre fraudes o preocupaciones. Esta línea telefónica es monitoreada por un miembro designado del Comité de cumplimiento corporativo de Liberty.

Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de control de calidad de Liberty para realizar una investigación exhaustiva.

- Línea directa de cumplimiento corporativo de Liberty: 1-888-704-9833]/ TTY 1-877-855-8039
- Correo electrónico de la Unidad de cumplimiento de Liberty: compliance@libertydentalplan.com

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

- Línea directa de la Unidad de investigaciones especiales de Liberty:
1-888-704-9833
- Correo electrónico de la Unidad de investigaciones especiales de Liberty:
SIU@libertydentalplan.com

El Presidente del Comité y el Director de Cumplimiento, en conjunto con el Asesor Jurídico, determinan si Liberty tomará alguna medida adicional, que pueden incluir, entre otros:

- El suministro de información, con fines educativos, al proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta.
- Buscar el reembolso del proveedor participante de cualquier monto pagado por Liberty en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta.
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre Liberty y el proveedor participante.
- Reportar el asunto a un organismo gubernamental apropiado, incluyendo, entre otros, la Junta Estatal de Examinadores Dentales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Liberty Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

1-888-703-6999



Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.

Anexo 1:

**LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS**

[Anexar la Lista de beneficios del plan dental familiar de Liberty Dental HMO]

[La Lista de Beneficios específica de su plan se brinda en un documento separado.]

Anexo 2: FORMULARIOS
[Formulario de quejas y apelaciones
Formulario de IMR
Formulario de políticas públicas]

Anexo 3:
PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO
Y CARGOS

[La prima de su grupo y otros cargos y cuotas se proporcionan al patrocinador del grupo]

Anexo 4:
[Anexar el AVISO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE IDIOMAS]

Llame a Servicios para Miembros al 1-888-703-6999/TTY: 1-877-855-8039, Liberty está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada es gratuita. O llame a la línea de retransmisión de California al 711. Visítenos en línea en www.libertydentalplan.com.