

Health Plan
of San Joaquin



Mountain Valley
Health Plan

2025

Formulario Combinado
de Divulgación y
Evidencia de Cobertura
para de Plan de Salud



Manual para Miembros

Condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus

Otros idiomas y formatos

Otros idiomas

Puede obtener este Manual para Miembros y otros materiales del plan en otros idiomas gratis. Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Plan de Salud”) ofrece traducciones escritas de traductores calificados. Llame al **1-888-936-PLAN (7526), TTY 711**. La llamada es gratis. Lea este Manual para Miembros si quiere más información sobre los servicios de asistencia lingüística para el cuidado médico, como servicios de intérpretes y traductores.

Otros formatos

Usted puede obtener esta información en otros formatos, como braille, letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo. Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. La llamada es gratis.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios de intérprete

El Plan de Salud brinda servicios de interpretación oral, incluido el lenguaje de señas, de intérpretes calificados, 24 horas al día, sin costo. Usted no tiene que recurrir a un familiar o amigo como intérprete. Desalentamos el uso de menores como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de intérpretes, lingüísticos y culturales están disponibles gratis. La asistencia está disponible 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Para obtener ayuda en su idioma o para recibir este manual en otro idioma, llame a Servicio al Cliente, al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. La llamada es gratis.

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-936-7526, TTY 711**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-936-7526, TTY 711**. These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

1-888-936-7526, TTY 711. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-936-7526, TTY 711. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-888-936-7526, TTY 711**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-888-936-7526, TTY 711**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电

1-888-936-7526, 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 **1-888-936-7526, TTY 711**。这些服务都是免费的。



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-936-7526, TTY 711**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-936-7526, TTY 711**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-888-936-7526, TTY 711** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-936-7526, TTY 711** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-936-7526, 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 **1-888-936-7526, TTY 711**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-888-936-7526**, **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。 **1-888-936-7526**, **TTY 711**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-936-7526**, **TTY 711** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-936-7526**, **TTY 711** 번으로 의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-936-7526**, **TTY 711**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ບັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-936-7526**, **TTY 711**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-888-936-7526, 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 **1-888-936-7526, TTY 711**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ **1-888-936-7526, TTY 711**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបាន ផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-888-936-7526, TTY 711**។ សេវាកម្ម ទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-888-936-7526, TTY 711** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-888-936-7526, TTY 711** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-936-7526, TTY 711**.

Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-936-7526, TTY 711**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-936-7526, TTY 711**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-936-7526, TTY 711**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-936-7526, TTY 711**. Mayroon ding mga



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

tulong at serbisyo para sa mga taong may apansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-936-7526, TTY 711**. Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-936-7526, TTY 711** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์ และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-936-7526, TTY 711** ไม่มีค่าใช้จ่าย สำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-936-7526, 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 **1-888-936-7526, TTY 711**. Ці послуги безкоштовні.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-936-7526, 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 **1-888-936-7526, TTY 711**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

¡Bienvenido al Plan de Salud!

Gracias por unirse a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan, que presta servicios a miembros de los condados de San Joaquin, Stanislaus, Alpine y El Dorado, y al que nos referiremos como “Plan de Salud”. El Plan de Salud es para personas que tienen Medi-Cal. El Plan de Salud trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener el cuidado médico que necesita.

Manual para Miembros

En este Manual para Miembros, se le brinda información sobre la cobertura del Plan de Salud. Léalo todo con detenimiento. Le ayudará a comprender sus beneficios, los servicios disponibles para usted y cómo obtener el cuidado que necesita. También se explican sus derechos y responsabilidades como miembro del Plan de Salud. Si tiene necesidades especiales de salud, lea todas las secciones que se aplican a su caso.

Este Manual para Miembros también se llama Formulario Combinado de Divulgación y Evidencia de Cobertura (EOC). El Formulario de Divulgación y EOC contiene solo un resumen del Plan de Salud. Se debe consultar el contrato del Plan de Salud para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura. Si quiere obtener más información, llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

En este Manual para Miembros, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nos”. A los miembros a veces se les llama “usted”. Algunas palabras en mayúscula tienen un significado especial en este Manual para Miembros.

Para solicitar una copia del contrato entre el Plan de Salud y el Departamento de Servicios de Cuidado Médico de California (DHCS), llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Puede solicitar otra copia del Manual para Miembros gratis.

También puede encontrar el Manual para Miembros en el sitio web del Plan de Salud: www.hpsj-mvhp.org. Y puede solicitar una copia gratis de las políticas y procedimientos clínicos y administrativos no exclusivos del Plan de Salud. También están en el sitio web del Plan de Salud.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Comuníquese con nosotros

El Plan de Salud está aquí para ayudar. Si tiene preguntas, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis.

También puede visitarnos en línea y en cualquier momento, en www.hpsj-mvhp.org.

Gracias.

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Índice

Otros idiomas y formatos	1
Otros idiomas.....	1
Otros formatos	1
Servicios de intérprete	2
¡Bienvenido al Plan de Salud!.....	10
Manual para Miembros.....	10
Comuníquese con nosotros	11
Índice	12
1. Cómo comenzar como miembro.....	15
Cómo obtener ayuda.....	15
Quién puede inscribirse como miembro	16
Tarjetas de identificación	16
2. Acerca de su plan de salud	18
Descripción general del plan de salud	18
Cómo funciona el plan.....	19
Cambio de plan de salud.....	20
Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California	20
Continuidad de cuidado.....	22
Costos.....	24
3. Cómo obtener cuidado.....	28
Cómo obtener servicios de cuidado médico	28
Proveedor primario.....	29
Red de proveedores.....	32
Citas.....	40
Llegar a la cita.....	41
Cancelaciones y reprogramaciones	41
Pago	41
Remisiones.....	43



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
 Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Remisiones en virtud de la Ley de Equidad para la Atención del Cáncer de California.....	44
Aprobación previa (autorización previa).....	44
Segundas opiniones.....	46
Cuidado confidencial.....	47
Cuidado urgente.....	50
Cuidado de emergencia.....	51
Línea de Enfermero Asesor.....	53
Directivas anticipadas de cuidado médico.....	53
Donación de órganos y tejidos.....	53
4. Beneficios y servicios.....	55
Qué beneficios y servicios cubre su plan de salud.....	55
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por el Plan de Salud.....	58
Otros beneficios y programas cubiertos por el Plan de Salud.....	79
Otros programas y servicios de Medi-Cal.....	86
Servicios que no puede obtener a través del Plan de Salud ni Medi-Cal.....	93
Evaluación de tecnologías nuevas y existentes.....	94
5. Niños y jóvenes sanos.....	95
Medi-Cal para Niños y Adolescentes.....	95
Exámenes de salud y cuidado preventivo para niños sanos.....	97
Pruebas de sangre para detectar intoxicación con plomo.....	98
Ayuda para obtener servicios de niños y jóvenes sanos.....	99
Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de pago por servicio u otros programas.....	99
6. Informe y resolución de problemas.....	102
Quejas.....	103
Apelaciones.....	104
Qué puede hacer si no está de acuerdo con una decisión de apelación.....	106
Quejas y revisiones médicas independientes manejadas por el Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC).....	107
Audiencias estatales.....	108
Fraude, derroche o abuso.....	110



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

7. Derechos y responsabilidades.....	111
Sus derechos.....	111
Sus responsabilidades	112
Aviso de no discriminación	113
Cómo participar como miembro	115
Aviso sobre las leyes.....	116
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura de salud y recuperación por responsabilidad civil	116
Aviso sobre la recuperación del patrimonio.....	117
Aviso de Acción	117
Aviso de prácticas de privacidad	118
8. Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer	126
Números de teléfono importantes	126
Palabras que debe conocer	126



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
 Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

1. Cómo comenzar como miembro

Cómo obtener ayuda

El Plan de Salud quiere que usted esté satisfecho con su cuidado médico. Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cuidado, el Plan de Salud quiere escucharlas.

Servicio al Cliente

Los representantes de Servicio al Cliente del Plan de Salud están aquí para ayudarlo. El Plan de Salud puede:

- Responder preguntas sobre el Plan de Salud y los servicios que cubre.
- Ayudarlo a elegir un proveedor médico primario (PCP) o cambiarlo.
- Decirle dónde obtener el cuidado que necesita.
- Ayudarlo a conseguir servicios de intérprete si no habla inglés.
- Ayudarlo a conseguir información en otros idiomas y formatos.

Si necesita ayuda, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. El Plan de Salud debe asegurarse de que usted espere menos de 10 minutos cuando llame.

También puede visitar a Servicio al Cliente en línea y en cualquier momento, en www.hpsj-mvhp.org.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Quién puede inscribirse como miembro

Cada estado puede tener un programa de Medicaid. En California, Medicaid se llama **Medi-Cal**.

Usted reúne los requisitos para el Plan de Salud porque también los cumple para Medi-Cal y vive en uno de estos condados: Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus. Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Alpine al 1-530-694-2235; con la Agencia de Salud y Servicios Humanos de El Dorado al 1-530-621-6150; con la Agencia de Servicios Humanos de San Joaquin al 1-209-468-1000; o con la Agencia de Servicios Comunitarios de Stanislaus al 1-209-558-2500. También podría reunir los requisitos para Medi-Cal a través del Seguro Social porque recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o del Programa Suplementario del Estado (SSP).

Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). O visite <http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>.

Si tiene preguntas sobre el Seguro Social, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. O visite <https://www.ssa.gov/locator/>.

Medi-Cal de transición

Es posible que pueda obtener Medi-Cal de transición si comenzó a ganar más dinero y ya no reúne los requisitos para Medi-Cal.

Puede hacer preguntas sobre cómo reunir los requisitos para Medi-Cal de transición en la oficina local de su condado en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

O llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico, al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

Tarjetas de identificación

Como miembro del Plan de Salud, recibirá nuestra tarjeta de identificación del Plan de Salud. Debe mostrar la tarjeta de identificación del Plan de Salud **y** su tarjeta de identificación para beneficios (BIC) de Medi-Cal cuando recibe servicios de cuidado médico o medicamentos con receta. Su tarjeta BIC de Medi-Cal es la tarjeta de identificación de beneficios que le envía el estado de California. Siempre debe llevar consigo todas las tarjetas de salud. Así se ven la tarjeta BIC de Medi-Cal y la tarjeta de identificación del Plan de Salud:



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.



Si no recibe la tarjeta de identificación del Plan de Salud unas semanas después de la fecha de inscripción, o si la tarjeta de identificación del Plan de Salud está dañada, se le pierde o se la roban, llame a Servicio al Cliente de inmediato. El Plan de Salud le enviará una nueva tarjeta gratis. Llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Si no tiene una tarjeta BIC de Medi-Cal o si su tarjeta está dañada, se le pierde o se la roban, llame a la oficina local del condado. Para encontrar la oficina local de su condado, visite <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

2. Acerca de su plan de salud

Descripción general del plan de salud

El Plan de Salud es para personas que tienen Medi-Cal en estos condados: Alpine, El Dorado, San Joaquin, Stanislaus. El Plan de Salud trabaja con el estado de California para ayudarlo a obtener el cuidado médico que necesita.

Hable con uno de los representantes de Servicio al Cliente del Plan de Salud para obtener más información sobre el plan de salud y cómo hacer que funcione para usted. Llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Cuándo comienza y termina su cobertura

Cuando se inscribe en el Plan de Salud, le enviamos una tarjeta de identificación dentro de las dos semanas posteriores a la fecha de inscripción. Debe mostrar tanto la tarjeta de identificación del Plan de Salud como la tarjeta BIC de Medi-Cal cuando recibe servicios de cuidado médico o medicamentos con receta.

La cobertura de Medi-Cal debe renovarse cada año. Si la oficina local de su condado no puede renovar su cobertura de Medi-Cal en forma electrónica, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal previamente completado. Complete este formulario y preséntelo a la oficina local del condado. Puede presentar la información en persona, por teléfono, por correo, en línea o por otros medios electrónicos disponibles en su condado.

Puede dar de baja la cobertura del Plan de Salud y elegir otro plan de salud en cualquier momento. Si quiere ayuda para elegir un nuevo plan, llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

O visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov.

El Plan de Salud es para miembros de Medi-Cal en los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus. Encuentre la oficina local de su condado en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

La cobertura de salud de Medi-Cal a través del Plan de Salud puede finalizar en los siguientes casos:

- Se muda fuera de los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus.
- Deja de tener Medi-Cal.
- Pasa a reunir los requisitos para un programa de exención que le exige estar inscrito en el programa de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal.
- Va a prisión o lo encarcelan.

Si pierde la cobertura de Medi-Cal del Plan de Salud, de todos modos puede reunir los requisitos para la cobertura del programa de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal. Si no sabe con seguridad si continúa su cobertura del Plan de Salud, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Consideraciones especiales para indígenas americanos con cuidado controlado

Los indígenas americanos tienen derecho a no inscribirse en un plan de cuidado controlado de Medi-Cal. También pueden abandonar sus planes de cuidado controlado de Medi-Cal y regresar a Medi-Cal de pago por servicio (FFS) en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si es indígena americano, tiene derecho a recibir servicios de cuidado médico de un proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP). También puede permanecer con el Plan de Salud, anular la inscripción (dejarlo), mientras recibe servicios de cuidado médico en estos lugares. Para obtener más información sobre la inscripción y cómo anularla, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

El Plan de Salud debe brindarle coordinación del cuidado, incluido el manejo de casos fuera de la red. Si solicita recibir servicios de un IHCP y no hay ningún IHCP disponible dentro de la red, el Plan de Salud debe ayudarlo a encontrar un IHCP fuera de la red. Para obtener más información, lea “Red de proveedores” en el capítulo 3 de este manual.

Cómo funciona el plan

El Plan de Salud es un plan de salud de cuidado controlado con un contrato con el DHCS. El Plan de Salud trabaja con doctores, hospitales y otros proveedores en el área de servicio del Plan de Salud para brindarles cuidado médico a nuestros miembros. Como miembro del Plan de Salud, puede reunir los requisitos para algunos servicios proporcionados a través del programa de FFS de Medi-Cal. Estos incluyen medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, medicamentos sin receta y algunos suministros médicos a través de Medi-Cal Rx.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicio al Cliente le dirá cómo funciona el Plan de Salud, cómo obtener el cuidado que necesita, cómo programar citas con los proveedores durante las horas de oficina, cómo solicitar gratis servicios de interpretación y traducción o información escrita en formatos alternativos, y cómo averiguar si reúne los requisitos para servicios de transporte.

Para obtener más información, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. También puede encontrar información sobre Servicio al Cliente en www.hpsj-mvhp.org.

Cambio de plan de salud

Puede abandonar el Plan de Salud y unirse a otro plan de salud en su condado de residencia en cualquier momento, si hay otro plan de salud disponible. Para elegir un nuevo plan, llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico, al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). Puede llamar entre las 8 a. m. y las 6 p. m., de lunes a viernes. O visite <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>.

Demoramos hasta 30 días o más para procesar su solicitud de baja del Plan de Salud e inscribirlo en otro plan de su condado. Para averiguar el estado de su solicitud, llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico, al 1-800-430-4263 (TTY/TDD 1-800-430-7077 o 711).

Si quiere anular la inscripción del Plan de Salud antes, puede llamar al Programa de Opciones de Cuidado Médico para solicitar una anulación acelerada (rápida) de la inscripción.

Los miembros que pueden solicitar la anulación acelerada de la inscripción incluyen niños que obtienen servicios mediante los Programas de Tutela Temporal o de Asistencia para la Adopción; miembros con necesidades especiales de cuidado médico; y miembros que ya estén inscritos en Medicare o en otro plan comercial de cuidado controlado o de Medi-Cal.

Puede solicitar abandonar el Plan de Salud comunicándose con la oficina local de su condado. Encuentre la oficina local de su condado en:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

O llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico, al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

Estudiantes que se mudan a un nuevo condado o fuera de California

Puede obtener cuidado de emergencia y cuidado urgente en cualquier lugar de los Estados Unidos, incluidos sus territorios. El cuidado preventivo y de rutina solo tiene cobertura en su



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

condado de residencia. Si es un estudiante que se muda a otro condado de California para asistir a una institución de educación superior, incluida la universidad, el Plan de Salud cubrirá los servicios de sala de emergencia y de cuidado urgente en el nuevo condado. También puede recibir cuidado de rutina o preventivo en su nuevo condado, pero debe notificar al Plan de Salud. Lea más a continuación.

Si está inscrito en Medi-Cal y es estudiante en un condado diferente al condado de California donde vive, no necesita solicitar Medi-Cal en ese condado.

Si se muda temporalmente del lugar donde vive para ser estudiante en otro condado de California, tiene dos opciones. Puede:

- Decirle al trabajador de elegibilidad de su oficina local de Medi-Cal en el condado de Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus que se mudará temporalmente para asistir a una institución de educación superior y darle su dirección en el nuevo condado. El condado actualizará los registros del caso con su nueva dirección y código de condado. Debe hacer esto si desea seguir recibiendo cuidado de rutina o preventivo mientras viva en un nuevo condado. Si el Plan de Salud no presta servicios en el condado donde asistirá a la universidad, es posible que usted deba cambiar de plan de salud. Si tiene preguntas y para evitar demoras en la inscripción en un nuevo plan de salud, llame al Programa de Opciones de Cuidado Médico al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

O bien

- Si el Plan de Salud no presta servicios en el nuevo condado donde asiste a la universidad, y usted no cambia su plan de salud a uno que preste servicios en ese condado, solo recibirá servicios de sala de emergencia y cuidado urgente para algunas afecciones en el nuevo condado. Para obtener más información, lea el capítulo 3, “Cómo obtener cuidado”. Para cuidado médico de rutina o preventivo, deberá utilizar la red de proveedores del Plan de Salud ubicados en Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus.

Si se muda de California de manera temporal para ser estudiante en otro estado y desea conservar la cobertura de Medi-Cal, comuníquese con el trabajador de elegibilidad de su oficina local de Medi-Cal en Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus. Mientras reúna los requisitos, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencia y de cuidado urgente en otro estado. Medi-Cal también cubre el cuidado de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México.

Los servicios de cuidado de rutina y preventivo, incluidos los medicamentos con receta relacionados con estos servicios, no están cubiertos cuando usted se encuentra fuera de California. No calificará para la cobertura de Medi-Cal para aquellos servicios fuera del estado. El Plan de Salud no pagará su cuidado médico. Si quiere tener Medicaid en otro



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

estado, tendrá que solicitarlo en ese estado. Medi-Cal no cubre servicios de cuidado médico de emergencia, urgente o de cualquier otro tipo fuera de los Estados Unidos, excepto el cuidado de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México, como se indica en el capítulo 3.

Continuidad de cuidado

Continuidad de cuidado para un proveedor fuera de la red

Como miembro del Plan de Salud, usted recibirá cuidado médico de los proveedores de la red del Plan de Salud. Para saber si un proveedor de cuidado médico está en la red del Plan de Salud, lea la sección 3: “Red de proveedores”. También puede solicitar un Directorio de Proveedores impreso llamando a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Es posible que los proveedores que no figuran en el directorio no estén en la red del Plan de Salud.

En algunos casos, es posible que pueda recibir cuidado de proveedores que no están en la red del Plan de Salud. Si se le solicitó cambiar su plan de salud o cambiar del programa Medi-Cal FFS al cuidado controlado, o si tenía un proveedor que estaba en la red pero ahora está fuera de la red, es posible que pueda conservar a su proveedor incluso si no está en la red del Plan de Salud. Esto se llama “continuidad de cuidado”.

Si necesita recibir cuidado de un proveedor que está fuera de la red, llame al Plan de Salud para solicitar la continuidad de cuidado. Es posible que pueda obtener continuidad de cuidado por hasta 12 meses o más si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tenía una relación ya establecida con el proveedor fuera de la red antes de inscribirse en el Plan de Salud.
- Fue al proveedor fuera de la red para una visita (no de emergencia) al menos una vez durante los 12 meses anteriores a la inscripción en el Plan de Salud.
- El proveedor fuera de la red está dispuesto a trabajar con el Plan de Salud y acepta los requisitos del contrato y el pago de los servicios del Plan de Salud.
- El proveedor fuera de la red cumple con los estándares profesionales del Plan de Salud.
- El proveedor fuera de la red está inscrito y participa en el programa Medi-Cal.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si sus proveedores no se unen a la red del Plan de Salud hacia el final de los 12 meses, no están de acuerdo con las tarifas de pago del Plan de Salud o no cumplen con los requisitos de calidad del cuidado, usted deberá cambiarse a proveedores de la red del Plan de Salud. Para analizar sus opciones, llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

El Plan de Salud no está obligado a brindar continuidad de cuidado con un proveedor fuera de la red para ciertos servicios secundarios (de apoyo), como radiología, laboratorio, centros de diálisis o transporte. Recibirá estos servicios de un proveedor de la red del Plan de Salud.

Para obtener más información sobre la continuidad de cuidado y saber si reúne los requisitos, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Finalización de los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red

Como miembro del Plan de Salud, usted obtendrá servicios cubiertos de los proveedores de la red del Plan de Salud. Si está recibiendo tratamiento por ciertas afecciones de salud en el momento en que se inscribe en el Plan de Salud, o en el momento en que su proveedor deja la red del Plan de Salud, es posible que de todos modos pueda obtener servicios de Medi-Cal de un proveedor fuera de la red.

Es posible que pueda continuar el cuidado con un proveedor fuera de la red durante un período de tiempo específico si necesita servicios cubiertos para estas afecciones de salud:

Afección	Período
Afecciones agudas (un problema médico que necesita cuidado rápido)	Mientras dure la afección aguda
Afecciones físicas y de comportamiento crónicas graves (un problema de cuidado médico grave que ha tenido durante mucho tiempo)	Hasta por 12 meses desde la fecha de inicio de la cobertura o la fecha de finalización del contrato del proveedor con el Plan de Salud
Cuidado durante el embarazo y el posparto (después del nacimiento)	Durante su embarazo y hasta 12 meses después del final del embarazo
Servicios de salud mental durante la maternidad	Hasta por 12 meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde
Cuidado de un niño recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses	Hasta por 12 meses desde la fecha de inicio de la cobertura o la fecha de finalización del contrato del proveedor con el Plan de Salud
Enfermedad terminal (un problema médico potencialmente mortal)	Mientras dure tu enfermedad. De todos modos, puede recibir servicios durante más de 12 meses a partir de la fecha en que se inscribió en el Plan de Salud o a partir del momento en que el proveedor deja de trabajar con el Plan de Salud.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Afección	Período
Realización de una cirugía u otro procedimiento médico por parte de un proveedor fuera de la red, siempre que esté cubierto, sea médicamente necesario y autorizado por el Plan de Salud como parte de un tratamiento documentado que sea recomendado y documentado por el proveedor	La cirugía u otro procedimiento médico debe realizarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato del proveedor o 180 días a partir de la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el Plan de Salud

Para otras afecciones que podrían reunir los requisitos, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si un proveedor fuera de la red no está dispuesto a seguir brindando servicios o no acepta los requisitos del contrato, el pago u otros términos del Plan de Salud para brindar cuidado, usted no podrá continuar recibiendo cuidado de ese proveedor. Es posible que pueda seguir recibiendo servicios de otro proveedor de la red del Plan de Salud.

Si necesita ayuda para elegir un proveedor contratado a fin de continuar con su cuidado o si tiene preguntas o problemas para obtener servicios cubiertos de un proveedor que ya no está en la red del Plan de Salud, llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

El Plan de Salud no está obligado a brindar continuidad de cuidado para los servicios que Medi-Cal no cubre o que no están cubiertos por el contrato del Plan de Salud con el Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS). Para obtener más información sobre la continuidad de cuidado, la elegibilidad y los servicios disponibles, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Costos

Costos para los miembros

El Plan de Salud brinda servicios a las personas que reúnen los requisitos para Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros del Plan de Salud no tienen que pagar los servicios cubiertos, las primas ni los deducibles.

Si es indígena americano, no tiene que pagar tarifas de inscripción, primas, deducibles, copagos, costos compartidos ni otros cargos similares. El Plan de Salud no debe cobrar a ningún miembro indígena americano que obtenga un objeto o servicio directamente de un proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP) o mediante una remisión a un IHCP



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

ni reducir los pagos adeudados a un IHCP por el monto de cualquier tarifa de inscripción, prima, deducible, copago, costo compartido o cargo similar.

Si está inscrito en el Programa de Iniciativa de Salud para los Niños del Condado (CCHIP) en los condados de Santa Clara, San Francisco o San Mateo de California o está inscrito en Medi-Cal para Familias, es posible que tenga que pagar una prima de seguro mensual y copagos.

Excepto para cuidado de emergencia, cuidado urgente o cuidado confidencial, debe obtener la aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud antes de visitar a un proveedor fuera de la red del Plan de Salud. Si no obtiene la aprobación previa (autorización previa) y acude a un proveedor fuera de la red para recibir cuidado que no es de emergencia, urgente o confidencial, es posible que deba pagar el cuidado que recibió de ese proveedor. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, lea el capítulo 4 de este manual, “Beneficios y servicios”. También puede encontrar el Directorio de Proveedores en el sitio web del Plan de Salud: www.hpsj-mvhp.org.

Para miembros con cuidado a largo plazo que comparten el costo

Podría tener que pagar una parte del costo cada mes para los servicios de cuidado a largo plazo. El monto de su parte del costo depende de sus ingresos. Cada mes, pagará sus propias facturas de cuidado médico, entre otras, las facturas por servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), hasta que el monto que haya pagado sea igual a su parte del costo. Después de eso, el Plan de Salud cubrirá su cuidado a largo plazo durante ese mes. No recibirá cobertura del Plan de Salud hasta que haya pagado la totalidad de su parte del costo del cuidado a largo plazo del mes.

Cómo se le paga al proveedor

El Plan de Salud les paga a los proveedores de estas maneras:

- Pagos por cápita
 - El Plan de Salud les paga a algunos proveedores un monto fijo de dinero por mes por cada miembro del Plan de Salud. Esto se llama “pago por cápita”. El Plan de Salud y los proveedores determinan juntos el monto del pago.
- Pagos FFS
 - Algunos proveedores brindan cuidado a los miembros del Plan de Salud y le envían al Plan de Salud una factura por los servicios prestados. Esto se llama “pago FFS”. El Plan de Salud y los proveedores determinan juntos el costo de cada servicio.

Para obtener más información sobre cómo el Plan de Salud paga a los proveedores, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si recibe una factura de un proveedor de cuidado médico

Los servicios cubiertos son los servicios de cuidado médico que tiene que pagar el Plan de Salud. Si recibe una factura por cualquier servicio cubierto por Medi-Cal, no pague la factura y llame a Servicio al Cliente de inmediato al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud le ayudará a determinar si la factura es correcta.

Si recibe una factura de una farmacia por un medicamento con receta, suministros o suplementos, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Cómo solicitar al Plan de Salud que le reembolse gastos

Si pagó servicios que ya recibió, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso (devolución) si cumple con **todas** estas condiciones:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que tiene que pagar el Plan de Salud. El Plan de Salud no le hará un reembolso si no cubre el servicio.
- Recibió el servicio cubierto mientras era miembro elegible del Plan de Salud.
- Pide que le devuelvan el dinero dentro del año de la fecha en que obtuvo el servicio cubierto.
- Muestra prueba de que usted, o alguien en su nombre, pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Obtuvo el servicio cubierto de un proveedor de Medi-Cal inscrito en la red del Plan de Salud. Usted no debe cumplir esta condición si recibió cuidado de emergencia, servicios de planificación familiar u otro tipo de servicio que se pueda recibir de proveedores fuera de la red sin la aprobación previa (autorización previa) de Medi-Cal.
- Si el servicio cubierto suele requerir aprobación previa (autorización previa), debe presentar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

El Plan de Salud le enviará una carta llamada Aviso de Acción (NOA) informándole si le dan el reembolso. Si cumple todas las condiciones, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a hacer el reembolso, el Plan de Salud le devolverá el monto total. Debemos reembolsarle el monto dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción del reclamo.

Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no en la red del Plan de Salud y se niega a devolverle el dinero, el Plan de Salud hará el reembolso, pero solo hasta el monto que se pagaría a través del programa de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal. El Plan de Salud le devolverá el monto total de desembolso si recibió servicios de emergencia, servicios de



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

planificación familiar u otro servicio que se pueda recibir de proveedores fuera de la red sin aprobación previa (autorización previa) de Medi-Cal. Si no cumple alguna de estas condiciones, el Plan de Salud no hará el reembolso.

El Plan de Salud no le hará reembolsos si:

- Solicitó y obtuvo servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como los servicios estéticos.
- El servicio no es un servicio cubierto por el Plan de Salud.
- Usted debe una parte del costo de Medi-Cal.
- Fue a un doctor que no trabaja con Medi-Cal y firmó un formulario que decía que deseaba que lo atendieran de todas formas y que usted pagaría el servicio.
- Tiene copagos por los medicamentos con receta cubiertos por su plan de Medicare Parte D.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

3. Cómo obtener cuidado

Cómo obtener servicios de cuidado médico

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CONOCER LOS PROVEEDORES O GRUPOS DE PROVEEDORES QUE PUEDEN BRINDARLE CUIDADO MÉDICO.

Puede comenzar a obtener servicios de cuidado médico en la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el Plan de Salud. Lleve siempre consigo la tarjeta de identificación del Plan de Salud, la tarjeta de identificación para beneficios (BIC) de Medi-Cal y cualquier otra tarjeta de seguro de salud. Nunca permita que otra persona use su tarjeta de identificación del Plan de Salud ni su tarjeta BIC.

Los nuevos miembros que solo tengan cobertura de Medi-Cal deben elegir un proveedor primario (PCP) de la red del Plan de Salud. Los nuevos miembros que tengan tanto Medi-Cal como otra cobertura médica integral no tienen que elegir un PCP.

La red del Plan de Salud es un grupo de doctores, hospitales y otros proveedores que trabajan con el Plan de Salud. Debe elegir un PCP dentro de los 30 días a partir del momento en que se convierte en miembro del Plan de Salud. Si no elige un PCP, el Plan de Salud lo hará por usted.

Puede elegir el mismo PCP para todos los miembros de la familia inscritos en el Plan de Salud o uno para cada uno, siempre que el PCP esté disponible.

Si tiene un doctor que desea conservar o desea encontrar un nuevo PCP, vaya al Directorio de Proveedores para obtener una lista de todos los PCP y otros proveedores de la red del Plan de Salud. También incluye información adicional para ayudarlo a elegir un PCP.

Si necesita un Directorio de Proveedores, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

También puede encontrar el Directorio de Proveedores en el sitio web del Plan de Salud en www.hpsj-mvhp.org.

Si no puede obtener el cuidado que necesita de un proveedor participante en la red del Plan de Salud, su PCP o especialista de la red del Plan de Salud debe solicitar la aprobación del Plan de Salud para enviarlo a un proveedor fuera de la red. Esto se llama “remisión”. No



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

necesita una remisión para consultar con un proveedor fuera de la red y obtener los servicios de cuidado confidencial que se enumeran bajo el título “Cuidado confidencial” más adelante en este capítulo.

Lea el resto de este capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la red de proveedores.

El programa Medi-Cal Rx administra la cobertura de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Si quiere obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el capítulo 4.

Proveedor primario

Su proveedor primario (PCP) es el proveedor autorizado al que acude para la mayor parte de su cuidado médico. Su PCP también le ayuda a obtener otros tipos de cuidado que necesita. Debe elegir un PCP dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en el Plan de Salud. Según su edad y sexo, puede elegir un doctor general, un obstetra/ginecólogo, un doctor de familia, un internista o un pediatra como su PCP.

Un enfermero facultativo (NP), un auxiliar médico (PA) o una enfermera titulada con especialización posterior en enfermería obstétrica también pueden actuar como su PCP. Si elige un NP, un PA o una enfermera titulada con especialización posterior en enfermería obstétrica, se le puede asignar un doctor para supervisar el cuidado. Si tiene tanto Medicare como Medi-Cal, o si tiene otro seguro médico integral, no tiene que elegir un PCP.

Puede elegir un proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP), un centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC) o una clínica rural de salud (RHC) como su PCP. Según el tipo de proveedor, podría elegir un PCP para usted y los demás miembros de su familia que sean miembros del Plan de Salud, siempre que el PCP esté disponible.

Nota: Los indígenas americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no está en la red del Plan de Salud.

Si no elige un PCP dentro de los 30 días posteriores a la inscripción, el Plan de Salud le asignará un PCP. Si le asignan un PCP y desea cambiarlo, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El cambio entra en vigor el primer día del mes siguiente.

El PCP:

- Conocerá sus antecedentes y necesidades médicas.
- Mantendrá actualizados sus registros médicos.
- Le brindará el cuidado médico preventivo y de rutina que necesite.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Lo remitirá a un especialista si fuera necesario.
- Hará los arreglos necesarios para que reciba el cuidado de hospital que necesita.

Puede buscar en el Directorio de Proveedores un PCP de la red del Plan de Salud. El Directorio de Proveedores tiene una lista de los IHCP, los FQHC y las RHC que trabajan con el Plan de Salud.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores del Plan de Salud en www.hpsj-mvhp.org. O puede solicitar que le envíen por correo un Directorio de Proveedores llamando al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Además, puede llamar para verificar si el PCP con el que quiere atenderse acepta nuevos pacientes.

Elección de doctores y otros proveedores

Usted es el más indicado para elegir al PCP, ya que conoce mejor que nadie sus necesidades de cuidado médico. Es mejor que siempre lo atienda el mismo PCP para que pueda conocer estas necesidades. Sin embargo, si quiere cambiar de PCP, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir un PCP que esté en la red de proveedores del Plan de Salud y acepte nuevos pacientes.

La nueva elección entrará en vigor el primer día del mes siguiente después de que haga el cambio.

Si quiere cambiar de PCP, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, o visite www.hpsj-mvhp.org y acceda al portal para miembros.

El Plan de Salud puede cambiar su PCP si el PCP no acepta nuevos pacientes, ha abandonado la red del Plan de Salud, no brinda cuidado a pacientes de su edad o si hay inquietudes sin resolver sobre la calidad de los servicios del PCP. El Plan de Salud o su PCP también podrían pedirle que se cambie a otro PCP si no se lleva bien o no está de acuerdo con él, o si falta o llega tarde a las citas. Si el Plan de Salud necesita cambiar su PCP, se lo informará a usted por escrito.

Si su PCP cambia, recibirá una carta por correo. En esta se indicará el nombre del nuevo PCP. Llame a Servicio al Cliente si tiene preguntas sobre cómo obtener una nueva tarjeta de identificación.

Algunos temas para tener en cuenta cuando se elige un PCP:

- ¿Atiende a niños?
- ¿Trabaja en una clínica que me gusta?
- ¿Su consultorio queda cerca de mi casa, de mi trabajo o de la escuela de mis hijos?
- ¿Su consultorio queda cerca de donde vivo y es fácil llegar hasta ahí?
- ¿El personal y los doctores hablan mi idioma?
- ¿Trabaja con un hospital que me gusta?



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- ¿Proporciona los servicios que necesito?
- ¿Me convienen las horas de oficina del consultorio?
- ¿Trabaja con los especialistas que me brindan cuidado?

Cita médica inicial

El Plan de Salud recomienda que, como nuevo miembro, visite a su nuevo PCP dentro de los 120 días para su primera cita de salud, también conocida como cita médica inicial (IHA). El propósito de la primera cita médica es ayudar a su PCP a conocer su historial y necesidades de cuidado médico. El PCP podría hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos o pedirle que complete un cuestionario. También le informará de asesoramiento y clases de educación sobre la salud que pueden ayudarlo.

Cuando llame para programar la primera cita, díglele a la persona que lo atienda que es miembro del Plan de Salud. Proporcione su número de identificación del Plan de Salud.

Lleve su tarjeta de identificación para beneficios (BIC) de Medi-Cal y su tarjeta de identificación del Plan de Salud a la cita. Le recomendamos llevar también una lista de los medicamentos que toma y las preguntas que tenga. Debe estar preparado para hablar con el PCP sobre sus necesidades e inquietudes de cuidado médico.

Recuerde llamar al consultorio del PCP si va a llegar tarde o no puede asistir a la cita.

Si tiene preguntas sobre su primera cita médica, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Cuidado de rutina

El cuidado de rutina es el cuidado médico habitual. Incluye el cuidado preventivo, también llamado “de bienestar” o “de personas sanas”. Lo ayuda a mantenerse saludable y a no enfermarse. El cuidado preventivo incluye revisiones regulares, pruebas de detección, vacunas, educación sobre la salud y asesoramiento.

El Plan de Salud recomienda que los niños, especialmente, reciban cuidado preventivo y de rutina regular. Los miembros del Plan de Salud pueden obtener todos los servicios preventivos tempranos recomendados por la Academia Americana de Pediatría y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Estas pruebas de detección incluyen exámenes de la audición y de la vista, que pueden ayudar a garantizar un desarrollo y un aprendizaje saludables. Para obtener una lista de servicios recomendados por pediatras, lea las pautas de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría en https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

El cuidado de rutina incluye el cuidado cuando esté enfermo. El Plan de Salud cubre el cuidado de rutina que le brinda el PCP.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

El PCP:

- Le brindará la mayor parte del cuidado de rutina necesario, incluidas revisiones regulares, vacunas, tratamientos, recetas, pruebas de detección necesarias y asesoramiento médico.
- Mantendrá actualizados sus registros médicos.
- Lo remitirá a especialistas si fuera necesario.
- Le indicará que se realice radiografías, mamografías o análisis de laboratorio si los necesita.

Si requiere cuidado de rutina, deberá llamar al PCP para programar una cita. Recuerde llamar al PCP antes de obtener cuidado médico, a menos que sea una emergencia. En caso de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana.

Para obtener más información sobre el cuidado y los servicios médicos que cubre y que no cubre el Plan de Salud, lea el capítulo 4, “Beneficios y servicios”, y el capítulo 5, “Niños y jóvenes sanos”, de este manual.

Todos los proveedores de la red del Plan de Salud pueden utilizar ayudas y servicios para comunicarse con personas con discapacidad. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o usar otro formato. Dígales a su proveedor o al Plan de Salud lo que necesita.

Red de proveedores

La red de proveedores de Medi-Cal es el grupo de doctores, hospitales y otros proveedores que trabajan con el Plan de Salud para brindar servicios cubiertos por Medi-Cal a los miembros de Medi-Cal.

El Plan de Salud es un plan de salud de cuidado controlado. Cuando elige nuestro plan Medi-Cal, elige recibir cuidado a través de nuestro programa de cuidado médico. Debe obtener la mayoría de los servicios cubiertos por el Plan de Salud de nuestros proveedores de la red. Puede acudir a un proveedor fuera de la red sin remisión o aprobación previa para recibir cuidado de emergencia o servicios de planificación familiar. También puede acudir a un proveedor fuera de la red para recibir cuidado urgente fuera del área cuando se encuentre en un área donde no brindemos servicios. Debe tener una remisión o una aprobación previa para todos los demás servicios fuera de la red; de lo contrario, no se cubrirán.

Nota: Los indígenas americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no está en la red del Plan de Salud.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si el PCP, un hospital u otro proveedor tiene una objeción moral a prestarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Para obtener más información sobre las objeciones morales, lea “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral a brindarle servicios de cuidado médico cubierto, pueden ayudarlo a encontrar otro proveedor que le brinde los servicios que necesita. El Plan de Salud también puede ayudarlo a encontrar un proveedor que le preste el servicio.

Proveedores dentro de la red

En general, deberá ir a proveedores de la red del Plan de Salud cuando necesite cuidado médico. Recibirá cuidado preventivo y de rutina de proveedores de la red. También debe ir a los especialistas, hospitales y otros proveedores de la red del Plan de Salud.

Para obtener un Directorio de Proveedores, en el cual figuran los proveedores de la red, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. También puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea, en www.hpsj-mvhp.org. Para recibir una copia de la Lista de Medicamentos con Contrato, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprima 7 o marque 711. O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Debe obtener aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud antes de acudir a un proveedor fuera de la red del Plan de Salud, incluso dentro del área de servicio del Plan de Salud, excepto en estos casos:

- Si necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencia más cercana.
- Si se encuentra fuera del área de servicio del Plan de Salud y necesita cuidado urgente, diríjase a cualquier centro de cuidado urgente.
- Si necesita servicios de planificación familiar, acuda a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa).
- Si necesita servicios de salud mental, acuda a un proveedor dentro de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado, sin aprobación previa (autorización previa).

Si no se encuentra en uno de los casos antes enumerados y no obtiene aprobación previa (autorización previa) antes de recibir cuidado de un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar el cuidado que recibió de proveedores fuera de la red.

Proveedores fuera de la red que están dentro del área de servicio

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no tienen un acuerdo para trabajar con el Plan de Salud. A excepción del cuidado de emergencia, el cuidado familiar, el cuidado confidencial y el cuidado preaprobado por el Plan de Salud, es posible que usted deba pagar cualquier cuidado que reciba de proveedores fuera de la red dentro de su área de servicio.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si necesita servicios de cuidado médico médicamente necesarios que no están disponibles en la red, es posible que pueda obtenerlos gratis de un proveedor fuera de la red. El Plan de Salud puede aprobar una remisión a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su hogar. Si le damos una remisión a un proveedor fuera de la red, nosotros pagaremos su cuidado.

Para recibir cuidado urgente dentro del área de servicio del Plan de Salud, debe acudir a un proveedor de cuidado urgente de la red del Plan de Salud. No necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir cuidado urgente de un proveedor dentro de la red. Sí necesita obtener aprobación previa (autorización previa) para recibir cuidado urgente de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio del Plan de Salud.

Si recibe cuidado urgente de un proveedor fuera de la red en el área de servicio del Plan de Salud, usted podría tener que pagar ese cuidado. Puede leer más sobre los servicios de cuidado de emergencia, cuidado urgente y cuidado confidencial en este capítulo.

Nota: Si es indígena americano, puede recibir cuidado de un proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP) fuera de nuestra red de proveedores sin remisión. Un IHCP fuera de la red también puede remitir a miembros indígenas americanos a un proveedor dentro de la red sin requerir primero la remisión de un PCP de la red.

Si necesita ayuda con servicios fuera de la red, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Fuera del área de servicio

Si se encuentra fuera del área de servicio del Plan de Salud y necesita cuidado que **no** sea de emergencia ni urgente, llame a su PCP de inmediato. O llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El área de servicio del Plan de Salud incluye los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus.

Para recibir cuidado de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana. El Plan de Salud cubre el cuidado de emergencia fuera de la red. Si viaja a Canadá o a México y necesita cuidado de emergencia con hospitalización, el Plan de Salud lo cubrirá. Si viaja al extranjero fuera de Canadá o México y necesita cuidado de emergencia, cuidado urgente o cualquier servicio de cuidado médico, el Plan de Salud **no** lo cubrirá.

Si pagó el cuidado de emergencia con hospitalización en Canadá o México, puede solicitarle al Plan de Salud que le reembolse el gasto. El Plan de Salud revisará su solicitud. Para obtener más información sobre cómo recibir un reembolso, lea el capítulo 2, “Acerca de su plan de salud”, en este manual.

Si se encuentra en otro estado o en un territorio de los Estados Unidos, como Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico o las Islas Vírgenes, tiene cobertura para cuidado de emergencia. No todos los hospitales y doctores aceptan



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Medicaid. (Medi-Cal es el nombre de Medicaid solo en California). Si necesita cuidado de emergencia fuera de California, dígales lo antes posible al doctor de la sala de emergencia o al personal del hospital que tiene Medi-Cal y que es miembro del Plan de Salud.

Pida en el hospital que hagan copias de su tarjeta de identificación del Plan de Salud. Dígales al personal del hospital y al doctor que le facturen al Plan de Salud. Si recibe una factura por servicios que recibió en otro estado, llame al Plan de Salud de inmediato. Trabajaremos con el hospital o el doctor para que el Plan de Salud pague su cuidado.

Si está fuera de California y necesita un suministro de emergencia de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, pida en la farmacia que llamen a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Nota: Los indígenas americanos pueden recibir servicios de un IHCP fuera de la red.

El programa Servicios para Niños de California (CCS) es un programa estatal que trata a niños menores de 21 años de edad que padecen ciertas afecciones médicas, enfermedades o problemas de salud crónicos y que cumplen con las normas del programa. Si necesita servicios de cuidado médico para una afección médica que reúne los requisitos del programa Servicios para Niños de California (CCS), y el Plan de Salud no tiene un especialista certificado por CCS dentro de la red que pueda brindarle el cuidado que necesita, usted puede acudir gratis a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre el programa CCS, lea el capítulo 4 de este manual, “Beneficios y servicios”.

Si tiene preguntas sobre el cuidado fuera de la red o fuera del área de servicio, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Si la oficina está cerrada y necesita ayuda de un representante del Plan de Salud, llame al 1-800-655-8294, TTY 711.

Si necesita cuidado urgente fuera del área de servicio del Plan de Salud, acuda al centro de cuidado urgente más cercano. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita cuidado urgente, el Plan de Salud no lo cubrirá. Para obtener más información sobre el cuidado urgente, lea “Cuidado urgente” más adelante en este capítulo.

Cómo funciona el cuidado controlado

El Plan de Salud es un plan de cuidado médico controlado. El Plan de Salud brinda cuidado a miembros que viven en los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin o Stanislaus. En el cuidado controlado, su PCP, especialistas, clínica, hospital y otros proveedores trabajan juntos para brindarle servicios.

El Plan de Salud tiene contratos con grupos médicos para brindar cuidado a sus miembros. Un grupo médico está formado por doctores que son PCP y especialistas. El grupo médico trabaja con otros proveedores, como laboratorios y proveedores de equipo médico duradero. El grupo médico también está conectado con un hospital. Consulte su tarjeta de identificación del Plan de Salud para conocer los nombres de su PCP, grupo médico y hospital.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Cuando se inscribe en el Plan de Salud, usted elige o se le asigna un PCP. El PCP es parte de un grupo médico. El PCP y su grupo médico dirigen el cuidado para todas sus necesidades médicas. El PCP puede remitirlo a especialistas o pedir pruebas de laboratorio y radiografías. Si necesita servicios que requieren aprobación previa (autorización previa), el Plan de Salud o su grupo médico revisarán esta aprobación y decidirán si aprueban el servicio.

En la mayoría de los casos, deberá acudir a especialistas y otros profesionales de la salud que trabajen con el mismo grupo médico que su PCP. Excepto en caso de emergencia, también deberá recibir cuidado hospitalario en el hospital conectado con su grupo médico.

A veces, podría necesitar un servicio que un proveedor del grupo médico no brinde. En ese caso, el PCP lo remitirá a un proveedor que esté en otro grupo médico o fuera de la red. Su PCP solicitará la aprobación previa (autorización previa) para que usted consulte a este proveedor.

En la mayoría de los casos, debe tener autorización previa de su PCP, del grupo médico o del Plan de Salud antes de poder acudir a un proveedor fuera de la red o a un proveedor que no sea parte de su grupo médico. No necesita aprobación previa (autorización previa) para servicios de emergencia, servicios de planificación familiar o servicios de salud mental dentro de la red.

Doctores

Elegirá un doctor u otro proveedor del Directorio de Proveedores del Plan de Salud como su PCP. El PCP que elija debe ser un proveedor dentro de la red. Para obtener una copia del Directorio de Proveedores del Plan de Salud, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. O encuéntrelo en www.hpsj-mvhp.org.

Si va a elegir un nuevo PCP, también debe llamar al PCP que quiere para asegurarse de que acepte nuevos pacientes.

Si tenía un doctor antes de ser miembro del Plan de Salud, y ese doctor no es parte de la red del Plan de Salud, es posible que pueda conservar ese doctor por un tiempo limitado. Esto se llama “continuidad de cuidado”. Puede obtener más información sobre la continuidad de cuidado en este manual. Para obtener más información, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si necesita un especialista, su PCP lo remitirá a un especialista de la red del Plan de Salud. Algunos especialistas no requieren remisión. Para obtener más información sobre las remisiones, lea “Remisiones” más adelante en este capítulo.

Recuerde que, si no elige un PCP, el Plan de Salud elegirá uno por usted, a menos que tenga otra cobertura médica integral además de Medi-Cal. Usted es el más indicado para elegirlo, ya que conoce mejor que nadie sus necesidades de cuidado médico. Si tiene tanto



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Medicare como Medi-Cal, o si tiene otro seguro de cuidado médico, no tiene que elegir un PCP del Plan de Salud.

Si desea cambiar de PCP, debe elegir un PCP del Directorio de Proveedores del Plan de Salud. Asegúrese de que el PCP acepte nuevos pacientes. Para cambiar de PCP, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Hospitales

En una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana.

Si no se trata de una emergencia y necesita recibir cuidado en un hospital, el PCP decidirá a cuál debe ir. Deberá ir a un hospital que utilice su PCP y que esté dentro de la red de proveedores del Plan de Salud. El Directorio de Proveedores tiene una lista de los hospitales de la red del Plan de Salud.

Especialistas en salud de la mujer

Puede acudir a un especialista en salud de la mujer de la red del Plan de Salud para recibir el cuidado cubierto necesario para los servicios de cuidado de rutina y preventivo para la mujer. No necesita una remisión ni autorización del PCP para obtener estos servicios. Si quiere ayuda para encontrar un especialista en salud de la mujer, puede llamar al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. También puede llamar a la Línea de Enfermero Asesor, 24 horas al día, los 7 días de la semana, al 1-800-655-8294, TTY 711.

Para los servicios de planificación familiar, su proveedor no tiene que estar en la red de proveedores del Plan de Salud. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a él sin necesidad de ser referido u obtener autorización previa. Si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de proveedores del Plan de Salud, llame al 1-800-655-8294, TTY 711.

Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores del Plan de Salud tiene una lista de los proveedores de la red del Plan de Salud. La red es el grupo de proveedores que trabajan con el Plan de Salud.

En el Directorio de Proveedores del Plan de Salud, se incluyen hospitales, PCP, especialistas, enfermeros profesionales, enfermeros obstetras, asistentes médicos, proveedores de planificación familiar, centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC), proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), centros de maternidad independientes (FBC), proveedores del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP) y clínicas rurales de salud (RHC).

En el Directorio de Proveedores, encontrará los nombres, las especialidades, las direcciones, los números de teléfono, las horas de oficina y los idiomas hablados de los



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

proveedores de la red del Plan de Salud. Allí se le indica si el proveedor acepta nuevos pacientes. Además, se brinda la accesibilidad física al edificio, como estacionamiento, rampas, escaleras con pasamanos y baños con puertas anchas y barras de apoyo.

Para obtener más información sobre la educación de un doctor, las calificaciones profesionales, la finalización de la residencia, la capacitación y la certificación de la junta médica, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores en www.hpsj-mvhp.org.

Si necesita un Directorio de Proveedores impreso, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Puede encontrar una lista de farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de Farmacias de Medi-Cal Rx, en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. También puede encontrar una farmacia cerca de su hogar si llama a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprime 7 o 711.

Acceso oportuno al cuidado médico

Su proveedor dentro de la red debe brindarle acceso oportuno al cuidado según sus necesidades de cuidado médico. Como mínimo, deben ofrecerle una cita en los plazos que se muestran en la siguiente tabla.

Tipo de consulta	Debe poder conseguir una cita en los siguientes plazos:
Citas de cuidado urgente que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de cuidado urgente que requieren aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de cuidado primario no urgente (de rutina)	10 días hábiles
Citas de cuidado de especialista no urgente (de rutina)	15 días hábiles
Citas no urgentes (de rutina) con un proveedor de salud mental (que no sea un doctor)	10 días hábiles



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Tipo de consulta	Debe poder conseguir una cita en los siguientes plazos:
Citas para cuidado de seguimiento no urgentes (de rutina) con un proveedor de salud mental (que no sea un doctor)	10 días hábiles desde la última cita
Citas no urgentes (de rutina) para servicios secundarios (auxiliares) para el diagnóstico o tratamiento de lesiones, enfermedades u otras afecciones de salud	15 días hábiles

Otros estándares de tiempo de espera	Debería poder conectarse dentro de:
Tiempo de espera de llamadas telefónicas a Servicio al Cliente durante las horas de oficina normales	10 minutos
Tiempo de espera de llamadas telefónicas para la Línea de Enfermero Asesor	30 minutos (hasta la conexión con un enfermero)

En algunos casos, esperar más para una cita no es un problema. Su proveedor podría darle un tiempo de espera mayor si no es perjudicial para su salud. En sus registros médicos, debe figurar que una espera mayor no es perjudicial para su salud. Puede optar por esperar a una cita posterior o llamar al Plan de Salud para acudir a otro proveedor de su elección. Su proveedor y el Plan de Salud respetarán su deseo.

Su doctor puede recomendar un cronograma específico para servicios preventivos, cuidado de seguimiento para afecciones en curso o remisiones fijas a especialistas, según sus necesidades.

Díganos si necesita servicios de intérprete, incluido el lenguaje de señas, cuando llame al Plan de Salud o cuando obtenga servicios cubiertos. Los servicios de intérprete están disponibles gratis. Desaconsejamos encarecidamente el uso de menores o familiares como intérpretes. Para obtener más información sobre los servicios de interpretación que ofrecemos, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si necesita servicios de interpretación (incluido el lenguaje de señas) en una farmacia de Medi-Cal Rx, llame a Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Tiempo y distancia de traslado para el cuidado

El Plan de Salud debe cumplir con los estándares de tiempo o distancia de traslado para el cuidado. Dichos estándares ayudan a garantizar que reciba cuidado sin tener que trasladarse demasiado lejos de donde vive. Los estándares de tiempo y distancia de traslado varían según el condado donde viva.

Si el Plan de Salud no puede brindarle cuidado dentro de estos estándares de tiempo o distancia de traslado, el Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS) puede permitir un estándar diferente, llamado “estándar de acceso alternativo”. Para conocer los estándares de tiempo o distancia del Plan de Salud según el lugar donde vive, visite www.hpsj-mvhp.org. O llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Se considera lejos si no puede llegar a ese proveedor dentro de los estándares de tiempo y distancia de traslado del Plan de Salud para su condado, independientemente de cualquier estándar de acceso alternativo que el Plan de Salud pueda aplicar a su código postal.

Si necesita cuidado de un proveedor ubicado lejos de donde vive, llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Pueden ayudarlo a encontrar cuidado de un proveedor ubicado más cerca de usted. Si el Plan de Salud no puede encontrar un proveedor más cercano que le brinde cuidado, usted puede solicitarle al Plan de Salud que coordine el transporte para ver al proveedor, incluso si se encuentra lejos de donde usted vive.

Si necesita ayuda con los proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprima 7 o 711.

Citas

Cuando necesite cuidado médico:

- Llame al PCP.
- Tenga su número de identificación del Plan de Salud a mano durante la llamada.
- Deje un mensaje con su nombre y número de teléfono si el consultorio está cerrado.
- Lleve su tarjeta de identificación para beneficios (BIC) de Medi-Cal y su tarjeta de identificación del Plan de Salud a la cita.
- Solicite transporte a la cita, si es necesario.
- Solicite la asistencia lingüística o los servicios de interpretación necesarios antes de su cita para tener los servicios en el momento de la visita.
- Llegue a tiempo a la cita, unos minutos antes para registrarse, completar formularios y responder preguntas que su PCP pueda tener.
- Llame de inmediato si no puede asistir a la cita o si llegará tarde.
- Tenga a mano sus preguntas e información sobre los medicamentos que toma.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana. Si necesita ayuda para decidir con qué urgencia necesita cuidado, y su PCP no está disponible para hablar con usted, llame a la Línea de Enfermero Asesor del Plan de Salud al 1-800-655-8294, TTY 711.

Llegar a la cita

Si no tiene forma de ir y volver de sus citas para los servicios cubiertos, el Plan de Salud puede ayudarlo a organizar el transporte. Dependiendo de su situación, puede reunir los requisitos para transporte médico o transporte no médico. Estos servicios de traslado no son para emergencias y pueden estar disponibles gratis.

Si tiene una emergencia, llame al **911**. Hay transporte disponible para servicios y citas no relacionados con el cuidado de emergencia.

Para obtener más información, lea “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” más adelante.

Cancelaciones y reprogramaciones

Si no puede asistir a una cita, llame al consultorio de su proveedor de inmediato. La mayoría de los proveedores exigen que las cancelaciones se realicen con 24 horas (1 día hábil) de anticipación. Si falta a repetidas citas, su proveedor podría dejar de brindarle cuidado, y usted tendrá que encontrar un nuevo proveedor.

Pago

No tiene que pagar los servicios cubiertos, a menos que sea responsable de una parte del costo por el cuidado a largo plazo. Para obtener más información, lea “Para miembros con cuidado a largo plazo que comparten el costo” en el capítulo 2. En la mayoría de los casos, no recibirá una factura del proveedor. Debe mostrar la tarjeta de identificación del Plan de Salud y su tarjeta BIC de Medi-Cal cuando reciba servicios de cuidado médico o medicamentos con receta para que el proveedor sepa a quién facturarle. Puede obtener una Explicación de Beneficios (EOB) o un estado de cuenta de un proveedor. La Explicación de Beneficios y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Si recibe una factura por medicamentos con receta, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprima 7 o marque 711. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx: <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Informe al Plan de Salud el monto que le están cobrando, la fecha del servicio y el motivo de la factura. El Plan de Salud le ayudará a determinar si la factura fue por un servicio cubierto o no. No necesita pagar a los proveedores ningún monto adeudado por el Plan de Salud por ningún servicio cubierto. Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red y no obtuvo la aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud, es posible que usted deba pagar el cuidado que recibió.

Debe obtener aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud antes de visitar a un proveedor fuera de la red, excepto cuando:

- Necesita servicios de emergencia, en cuyo caso debe marcar 911 o dirigirse al hospital más cercano.
- Necesita servicios de planificación familiar o servicios relacionados con pruebas de infecciones de transmisión sexual, en cuyo caso puede acudir a cualquier proveedor de Medi-Cal sin aprobación previa (autorización previa).
- Necesita servicios de salud mental; en cuyo caso puede acudir a un proveedor dentro de la red o a un proveedor del plan de salud mental del condado sin aprobación previa (autorización previa).

Si necesita recibir cuidado médicamente necesario de un proveedor fuera de la red porque no está disponible en la red del Plan de Salud, no tendrá que pagar, siempre y cuando el cuidado sea un servicio cubierto por Medi-Cal y usted haya obtenido aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud para ello. Para obtener más información sobre servicios de cuidado de emergencia, cuidado urgente y cuidado confidencial, consulte los títulos correspondientes de este capítulo.

Si recibe una factura o le piden que pague un copago que cree que no tiene que pagar, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Si paga la factura, puede presentar un formulario de reclamo al Plan de Salud. Deberá informar al Plan de Salud por escrito sobre el artículo o servicio que tuvo que pagar. El Plan de Salud leerá su reclamo y decidirá si usted puede recibir un reembolso.

Si quiere preguntar algo, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si obtiene servicios del sistema de Asuntos de Veteranos o servicios fuera de California que no están cubiertos o autorizados, usted podría ser responsable de pagarlos.

El Plan de Salud no le reembolsará el dinero si:

- Los servicios no están cubiertos por Medi-Cal, como los servicios estéticos.
- Usted debe una parte del costo de Medi-Cal.
- Fue a un doctor que no trabaja con Medi-Cal y firmó un formulario que decía que deseaba que lo atendieran de todas formas y que usted pagaría el servicio.
- Solicita que se le reembolsen los copagos de Medicare Parte D por medicamentos con receta cubiertos por su plan de Medicare Parte D.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Remisiones

Si necesita un especialista para su cuidado, el PCP u otro especialista le darán una remisión a uno. Un especialista es un proveedor que se enfoca en un tipo de servicio de cuidado médico. El doctor que lo remita trabajará con usted para elegir un especialista. Para asegurarse de que pueda acudir a un especialista de manera oportuna, el DHCS establece plazos para que los miembros obtengan citas. Estos plazos figuran en “Acceso oportuno al cuidado médico” más arriba en este capítulo. El personal del consultorio de su PCP puede ayudarlo a programar una cita con un especialista.

Otros servicios que podrían requerir una remisión son los procedimientos en el consultorio, las radiografías y los análisis de laboratorio.

El PCP podría darle un formulario para que lo lleve al especialista. El especialista lo llenará y se lo enviará al PCP. El especialista le brindará tratamiento durante el tiempo que crea necesario.

Si tiene un problema de salud que necesita cuidado médico especial durante mucho tiempo, podría necesitar una remisión fija. Tener una remisión fija significa que puede atenderse con el mismo especialista en varias oportunidades con ser referido solo una vez.

Si tiene algún problema para obtener una remisión fija o desea una copia de la política de remisiones del Plan de Salud llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

No necesita una remisión para:

- Visitas al PCP
- Visitas al obstetra/ginecólogo
- Visitas de cuidado urgente o de emergencia
- Servicios confidenciales para adultos, como cuidado por agresión sexual
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame a la Oficina del Servicio de Remisiones e Información sobre Planificación Familiar al 1-800-942-1054)
- Pruebas de VIH y asesoramiento (a partir de los 12 años de edad)
- Servicios para tratar infecciones de transmisión sexual (a partir de los 12 años de edad)
- Servicios quiroprácticos (se puede requerir una remisión cuando se obtienen en un FQHC, una RHC o un IHCP fuera de la red)
- Evaluación inicial de salud mental
- Podología
- Servicios dentales elegibles

Los menores también pueden obtener servicios de salud mental, servicios confidenciales y servicios para trastornos por consumo de sustancias como pacientes ambulatorios, sin el consentimiento de uno de sus padres o de un tutor. Para obtener más información, lea



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

“Servicios sin consentimiento para menores” más adelante en este capítulo y “Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias” en el capítulo 4 de este manual.

Remisiones en virtud de la Ley de Equidad para la Atención del Cáncer de California

El tratamiento eficaz de los cánceres complejos depende de muchos factores. Estos incluyen obtener el diagnóstico correcto y recibir tratamiento oportuno por parte de expertos en cáncer. Si le diagnostican un cáncer complejo, la nueva Ley de Equidad para la Atención del Cáncer de California le permite pedir a su doctor una remisión para que reciba tratamiento contra el cáncer de un centro oncológico designado por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) que forme parte de la red, de un centro afiliado al Programa Comunitario de Investigación Oncológica del INC (NCORP) o de un centro oncológico académico calificado.

Si el Plan de Salud no cuenta con un centro oncológico designado por el INC que forme parte de la red, lo dejará pedir ser referido para que reciba tratamiento contra el cáncer de uno de estos centros fuera de la red en California, si el centro fuera de la red y el Plande Salud acuerdan el pago, a menos que usted elija otro proveedor de tratamiento del cáncer.

Si le diagnosticaron cáncer, contacte al Plan de Salud a fin de averiguar si cumple los requisitos para recibir los servicios de uno de estos centros oncológicos.

¿Está listo para dejar de fumar? Para informarse sobre los servicios en inglés, llame al 1-800-300-8086. Para idioma español, llame al 1-800-600-8191. Para obtener más información, visite www.kickitca.org.

Aprobación previa (autorización previa)

Para algunos tipos de cuidado, el PCP o el especialista tendrá que pedirle permiso al Plan de Salud antes de atenderlo. Esto se llama “solicitar aprobación previa” o “autorización previa”. Significa que el Plan de Salud debe asegurarse de que el cuidado sea médicamente necesario (que usted lo necesite).

Los servicios médicamente necesarios son razonables y hacen falta para proteger su vida, evitar que se enferme de gravedad o quede discapacitado, o para aliviar el dolor intenso de una enfermedad, afección o lesión diagnosticadas. Para miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen el cuidado médicamente necesario para corregir o ayudar a mejorar una enfermedad o afección física o mental.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Estos servicios **siempre** necesitan aprobación previa (autorización previa), incluso si los recibe de un proveedor de la red del Plan de Salud:

- Hospitalización, si no es por una emergencia.
- Servicios que se prestan fuera del área de servicio del Plan de Salud, si no es por una emergencia o cuidado urgente.
- Cirugía ambulatoria.
- Cuidado a largo plazo o servicios de enfermería especializada en un centro de enfermería. Incluye los centros de cuidado subagudo para adultos y niños contratados por la Unidad de Cuidado Subagudo del Departamento de Servicios de Cuidado Médico o los centros de cuidado intermedio, como centros de cuidado intermedio/discapacitados del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidado intermedio/discapacitados del desarrollo-habilitativos (ICF/DD-H) y centros de cuidado intermedio/enfermería para discapacitados del desarrollo (ICF/DD-N).
- Tratamientos especializados, imágenes, pruebas y procedimientos.
- Servicios de transporte médico cuando no se trata de una emergencia.

Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren aprobación previa (autorización previa).

El Plan de Salud tiene 5 días hábiles desde que recibe la información razonablemente necesaria para decidir (aprobar o denegar) las solicitudes de aprobación previa (autorización previa). Cuando un proveedor realiza una solicitud de aprobación previa (autorización previa) y el Plan de Salud considera que seguir el plazo estándar podría poner en grave peligro su vida o salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, el Plan de Salud tomará una decisión de aprobación previa (autorización previa) acelerada (rápida), que no excederá las 72 horas. Esto significa que, después de recibir la solicitud de aprobación previa (autorización previa), el Plan de Salud le dará aviso tan pronto como su condición de salud lo requiera y no más tarde de 72 horas o 5 días, dependiendo de su condición. El personal clínico o médico, como doctores, enfermeros y farmacéuticos, revisa las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

El Plan de Salud no influye de ninguna manera en la decisión de los revisores de negar o aprobar la cobertura o los servicios. Si el Plan de Salud no aprueba la solicitud, le enviará una carta de Aviso de Acción (NOA). En la NOA, se le explicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con lo decidido.

El Plan de Salud se comunicará con usted si necesita más información o más tiempo para revisar la solicitud.

Nunca necesita aprobación previa (autorización previa) para cuidado de emergencia, incluso si está fuera de la red del Plan de Salud o fuera de su área de servicio. Esto incluye el trabajo de parto y el parto si está embarazada. No necesita aprobación previa (autorización previa)



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

para ciertos servicios de cuidado confidencial. Para obtener más información sobre los servicios de cuidado confidencial, lea “Cuidado confidencial” más adelante en este capítulo.

Si tiene preguntas sobre la aprobación previa (autorización previa), llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Segundas opiniones

Es posible que quiera obtener una segunda opinión sobre el cuidado que, según su proveedor, usted necesita o sobre un diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, podría querer una segunda opinión para asegurarse de que un diagnóstico es correcto o porque no está seguro de necesitar un tratamiento o cirugía indicados, o porque ha intentado seguir un plan de tratamiento que no funcionó. El Plan de Salud pagará una segunda opinión si la solicitan usted o su proveedor dentro de la red, y si usted la obtiene de un proveedor dentro de la red. No necesita aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud para obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de la red. Si quiere escuchar una segunda opinión, lo remitiremos a un proveedor calificado dentro de la red que pueda brindársela.

Para solicitar una segunda opinión y obtener ayuda para elegir un proveedor, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Su proveedor dentro de la red también puede ayudarlo a ser referido para una segunda opinión si así lo desea.

Si no hay ningún proveedor en la red del Plan de Salud que pueda brindarle una segunda opinión, el Plan de Salud pagará una segunda opinión de un proveedor fuera de la red. El Plan de Salud le informará dentro de los 5 días hábiles si se aprueba el proveedor que usted eligió para una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica o grave, o tiene una amenaza inmediata y grave para su salud, como perder la vida, una extremidad, una parte importante del cuerpo o una función corporal, el Plan de Salud le informará la decisión por escrito dentro de las 72 horas.

Si el Plan de Salud rechaza su solicitud de una segunda opinión, puede presentar una queja formal. Para obtener más información sobre las quejas formales, lea “Quejas formales” en el capítulo 6 de este manual.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Cuidado confidencial

Servicios sin consentimiento para menores

Si es menor de 18 años, puede obtener algunos servicios sin el permiso de sus padres o tutores. Se denominan “servicios sin consentimiento para menores”.

Puede obtener estos servicios sin el permiso de sus padres o tutores:

- Servicios para casos de violación y otras agresiones sexuales.
- Asesoramiento y pruebas de embarazo.
- Servicios de anticoncepción, como control de la natalidad (excluye esterilización).
- Servicios de aborto.

Si tiene 12 años o más, también puede recibir estos servicios sin el permiso de uno de sus padres o de un tutor:

- Servicios de salud mental y asesoramiento para pacientes ambulatorios o servicios de refugio residencial según su madurez y capacidad para participar en su propio cuidado médico.
- Asesoramiento, prevención, pruebas y tratamiento del VIH o del sida.
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual que pueden incluir enfermedades de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, clamidia y herpes simple.
- Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias por abuso de drogas y alcohol, que incluye detección, evaluación, intervención y servicios de remisión.
 - Para obtener más información, lea “Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias” en el capítulo 4 de este manual.

Para pruebas de embarazo, servicios de anticoncepción o servicios para infecciones de transmisión sexual, no se exige que el proveedor o la clínica estén en la red del Plan de Salud. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir a él para recibir estos servicios sin remisión o aprobación previa (autorización previa).

Es posible que no se cubran los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con el cuidado confidencial. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de Medi-Cal que esté fuera de la red de Medi-Cal del Plan de Salud, o si quiere pedir ayuda con el transporte para llegar a un proveedor, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Para obtener más información relacionada con los servicios anticonceptivos, lea “Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas” en el capítulo 4 de este manual.

Para los servicios sin consentimiento para menores que son servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, puede acudir a un proveedor dentro de la red o fuera de la red sin



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

ser referido y sin aprobación previa (autorización previa). Su PCP no tiene que remitirlo, y usted no necesita obtener aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud para obtener servicios cubiertos sin consentimiento para menores.

El Plan de Salud no cubre los servicios sin consentimiento para menores que son servicios de salud mental especializados. El plan de salud mental del condado donde usted vive cubre servicios sin consentimiento para menores que son servicios de salud mental especializados. Para obtener servicios de salud mental especializados, llame al plan de salud mental de su condado o a la Organización de Salud del Comportamiento del Plan de Salud en cualquier momento, 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, vaya a <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx>.

Los menores de edad pueden hablar en privado con un representante acerca de sus inquietudes de salud llamando a la Línea de Enfermero Asesor al 1-800-655-8294, TTY 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Si usted puede consentir su propio cuidado médico sin el consentimiento de un padre o tutor según la ley, el Plan de Salud no brindará información sobre sus servicios de cuidado confidencial al titular de la póliza o al suscriptor principal del Plan de Salud ni a ninguna persona inscrita en el Plan de Salud sin su permiso por escrito. También puede solicitar obtener información privada sobre sus servicios médicos en una determinada forma o formato, si está disponible, y que se la envíen a otra ubicación. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales, lea “Aviso de prácticas de privacidad” en el capítulo 7 de este manual.

Servicios de cuidado confidencial para adultos

Como adulto a partir de los 18 años, usted no tiene la obligación de consultar al PCP para recibir cuidado en ciertos casos delicados o privados. Puede elegir cualquier médico o clínica para recibir estos tipos de cuidado:

- Planificación familiar o control de la natalidad, incluida la esterilización, para adultos a partir de los 21 años.
- Pruebas de embarazo y asesoramiento y otros servicios relacionados con el embarazo.
- Prevención y pruebas de VIH y sida.
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Cuidado por agresión sexual.
- Servicios de aborto para pacientes ambulatorios.

El doctor o la clínica no tienen que estar en la red del Plan de Salud para el cuidado confidencial. Puede optar por ir a cualquier proveedor de Medi-Cal para recibir estos servicios sin una remisión o aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud. Si



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

recibió cuidado que no figura aquí como cuidado confidencial de un proveedor fuera de la red, usted podría tener que pagarlo.

Si necesita ayuda para encontrar un doctor o una clínica para estos servicios, o ayuda para acceder a estos servicios (incluido el transporte), llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. O llame a un enfermero asesor, 24 horas al día, los 7 días de la semana, al 1-800-655-8294, TTY 711.

El Plan de Salud no brindará información sobre sus servicios de cuidado confidencial al titular de la póliza o al suscriptor principal del Plan de Salud ni a ninguna persona inscrita en el Plan de Salud sin su permiso por escrito. Puede obtener información privada sobre sus servicios médicos en una determinada forma o formato, si está disponible, y solicitar que se la envíen a otra ubicación. Para obtener más información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales, lea “Aviso de prácticas de privacidad” en el capítulo 7 de este manual.

Objeción moral

Algunos proveedores tienen una objeción moral a algunos servicios cubiertos. Tienen derecho a **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si no están de acuerdo con ellos por motivos morales. Sin embargo, estos servicios de todos modos están disponibles a través de otro proveedor. Si su proveedor tiene una objeción moral, lo ayudará a encontrar otro proveedor para los servicios que usted necesita. El Plan de Salud también puede ayudarlo a encontrar un proveedor.

Algunos hospitales y proveedores no brindan uno o más de estos servicios, incluso aunque estén cubiertos por Medi-Cal:

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

Para asegurarse de elegir un proveedor que pueda brindarle el cuidado que usted y su familia necesitan, llame al doctor, grupo médico, asociación de práctica independiente o clínica que desee. Pregunte si el proveedor puede brindarle los servicios que necesita y está dispuesto a brindárselos. O llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Estos servicios están disponibles para usted. El Plan de Salud se asegurará de que usted y los miembros de su familia puedan acudir a proveedores (doctores, hospitales y clínicas) que les brinden el cuidado que necesitan. Si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Cuidado urgente

El cuidado urgente **no** es para una emergencia ni para una afección potencialmente mortal. Es para los servicios que necesita a fin de evitar daños graves a la salud por una lesión, una enfermedad o una complicación (de una enfermedad que ya tenga) repentinas. La mayoría de las citas de cuidado urgente no necesitan aprobación previa (autorización previa). Si solicita una cita de cuidado urgente, la obtendrá dentro de las 48 horas. Si los servicios de cuidado urgente que usted necesita requieren aprobación previa (autorización previa), obtendrá una cita en un plazo de 96 horas después de la solicitud.

Para recibir cuidado urgente, llame al PCP. Si no puede comunicarse con su PCP, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. O puede llamar a la Línea de Enfermero Asesor, 24 horas al día, los 7 días de la semana, al 1-800-655-8294, TTY 711, para conocer el nivel de cuidado más adecuado para usted.

Si necesita recibir cuidado urgente fuera del área, acuda al centro de cuidado urgente más cercano.

Podría necesitar cuidado urgente por:

- Resfríos
- Dolor de garganta
- Fiebre
- Dolor de oído
- Esguince muscular
- Servicios de maternidad

Cuando se encuentre dentro del área de servicio del Plan de Salud y necesite cuidado urgente, deberá obtener los servicios de cuidado urgente de un proveedor dentro de la red. No necesita aprobación previa (autorización previa) para cuidado urgente de proveedores dentro de la red en el área de servicio del Plan de Salud.

Si se encuentra fuera del área de servicio del Plan de Salud, pero dentro de los Estados Unidos, no necesita aprobación previa (autorización previa) para recibir cuidado urgente fuera del área de servicio. Vaya al centro de cuidado urgente más cercano.

Medi-Cal no cubre servicios de cuidado urgente fuera de los Estados Unidos. Si viaja fuera de los Estados Unidos y necesita cuidado urgente, nosotros no lo cubriremos.

Si necesita cuidado urgente relacionado con la salud mental, llame al plan de salud mental de su condado o a Servicio al Cliente, al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Llame al plan de salud mental de su condado o a la Organización de Salud del Comportamiento del Plan de Salud en cualquier momento, 24 horas al día, los 7 días de la semana. Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, vaya a <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si recibe medicamentos como parte de su visita de cuidado urgente cubierta mientras se encuentra en la instalación, el Plan de Salud los cubrirá como parte de su visita cubierta. Si su proveedor de cuidado urgente le da una receta que luego debe llevar a una farmacia, Medi-Cal Rx decidirá si está cubierta. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Medicamentos con receta cubiertos por Medi-Cal Rx” en “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el capítulo 4 de este manual.

Cuidado de emergencia

Para recibir cuidado de emergencia, llame al **911** o acuda a la sala de emergencia más cercana. Para recibir cuidado de emergencia, **no** necesita aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud.

Dentro de los Estados Unidos, incluido cualquiera de sus territorios, usted tiene derecho a acudir a cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia.

Si se encuentra fuera de los Estados Unidos, solo está cubierto el cuidado de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México. El cuidado de emergencia y otros tipos de cuidado en otros países no tienen cobertura.

El cuidado de emergencia es para afecciones médicas potencialmente mortales. Su objetivo es tratar una enfermedad o lesión en un caso en el que una persona prudente (razonable) pero no experta (no un profesional de cuidado médico) con conocimientos promedio de salud y medicina podría considerar que, si no recibe cuidado de inmediato, su salud (o la salud del bebé por nacer) podría estar en grave peligro. Incluye el riesgo de sufrir daños graves a sus funciones corporales, órganos o partes del cuerpo. Algunos ejemplos:

- Afecciones de emergencia psiquiátrica, como depresión grave o pensamientos suicidas
- Desmayo
- Dificultad para respirar
- Dolor en el pecho
- Dolor intenso
- Fractura de hueso
- Quemadura grave
- Sangrado intenso
- Sobredosis de medicamentos
- Trabajo de parto activo

No vaya a la sala de emergencia para recibir cuidado de rutina o cuidado que no necesita de inmediato. Debe recibir cuidado médico de rutina de su PCP, quien lo conoce mejor. No es necesario que consulte con su PCP o el Plan de Salud antes de ir a la sala de emergencia. Sin embargo, si no está seguro de que su afección médica sea una emergencia, llame



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

al PCP. También puede llamar a la Línea de Enfermero Asesor, 24 horas al día, los 7 días de la semana, al 1-800-655-8294, TTY 711.

Si necesita cuidado de emergencia fuera del área de servicio del Plan de Salud, vaya a la sala de emergencia más cercana, aunque no esté en la red del Plan de Salud. Si va a una sala de emergencia, pida que llamen al Plan de Salud. Usted o el hospital que lo admitió deben llamar al Plan de Salud dentro de las 24 horas posteriores a haber recibido cuidado de emergencia. Si viaja fuera de los Estados Unidos a un lugar diferente de Canadá o México y necesita cuidado de emergencia, el Plan de Salud **no** lo cubrirá.

Si necesita un transporte de emergencia, llame al **911**.

Si necesita recibir cuidado en un hospital fuera de la red después de la emergencia (cuidado posterior a la estabilización), el hospital se comunicará con el Plan de Salud.

Si usted o alguien que conoce atraviesa una crisis, comuníquese con la línea directa de crisis y suicidio 988: **llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en línea en 988lifeline.org/chat**. La línea directa de crisis y suicidio 988 ofrece apoyo gratis y confidencial para cualquier persona en crisis. Incluye a personas que pasan por una angustia emocional y aquellas que necesitan apoyo por una crisis de suicidio, salud mental o uso de sustancias.

Recuerde: No llame al **911**, a menos que crea razonablemente que tiene una emergencia médica. Obtenga cuidado de emergencia solo en caso de emergencia, no para recibir cuidado de rutina ni por una enfermedad menor, como un resfrío o dolor de garganta. En caso de emergencia, llame al **911** o vaya al hospital más cercano.

La Línea de Enfermero Asesor del Plan de Salud le ofrece información médica y consejos gratis, 24 horas al día, todos los días del año. Llame al 1-800-655-8294 (TTY 711).



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Línea de Enfermero Asesor

La Línea de Enfermero Asesor del Plan de Salud puede ofrecerle información médica y consejos gratis, 24 horas al día, todos los días del año. Llame al 1-800-655-8294, TTY 711, para:

- Hablar con un enfermero que responderá sus preguntas sobre medicina, le ofrecerá consejos sobre cuidado y lo ayudará a decidir si debe ir a un proveedor de inmediato.
- Recibir ayuda con afecciones médicas, como diabetes o asma. Incluso puede indicarle qué tipo de proveedor le conviene consultar en su caso.

La Línea de Enfermero Asesor **no puede** ayudarlo con las citas clínicas ni con el resurtido de medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita asistencia con estos temas.

Directivas anticipadas de cuidado médico

Una directiva anticipada de cuidado médico o directiva anticipada es un formulario legal. Puede indicar en el formulario el cuidado médico que desea en caso de que no pueda hablar o tomar decisiones más adelante. También puede incluir qué cuidado médico **no** desea. Puede designar a alguien, como su cónyuge, para que tome decisiones sobre el cuidado médico si usted no puede hacerlo.

Puede obtener un formulario de directiva anticipada en farmacias, hospitales, bufetes de abogados y consultorios de doctores. Podría tener que pagar el formulario. También puede encontrar y descargar un formulario gratis en línea. Puede pedirle a su familia, al PCP o a alguien de su confianza que lo ayude a completar el formulario.

Tiene derecho a que la directiva anticipada se incluya en sus registros médicos. También tiene derecho a cambiar o cancelar la directiva anticipada en cualquier momento.

Además, tiene derecho a recibir información sobre los cambios en las leyes sobre directivas anticipadas. Si cambia la ley estatal, el Plan de Salud se lo informará antes de que pasen 90 días.

Para obtener más información, puede llamar al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Donación de órganos y tejidos

Usted puede ayudar a salvar vidas si se convierte en donante de órganos o tejidos. Si tiene entre 15 y 18 años de edad, puede ser donante con el consentimiento por escrito de sus



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
 Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

padres o tutores. Puede cambiar de opinión sobre ser donante de órganos en cualquier momento. Si quiere más información sobre la donación de órganos o tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, www.organdonor.gov.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

4. Beneficios y servicios

Qué beneficios y servicios cubre su plan de salud

Este capítulo explica los beneficios y servicios cubiertos por el Plan de Salud. Los servicios cubiertos son gratis, siempre y cuando sean médicamente necesarios y los brinde un proveedor dentro de la red que trabaje con el Plan de Salud. Debe solicitarle al Plan de Salud una aprobación previa (autorización previa) para recibir cuidado fuera de la red, excepto para ciertos servicios confidenciales y cuidado de emergencia. Su plan de salud podría cubrir servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red, pero usted debe solicitar al Plan de Salud una aprobación previa (autorización previa) para esto.

Los servicios médicamente necesarios son razonables y hacen falta para proteger su vida, evitar que se enferme de gravedad o quede discapacitado, o para aliviar el dolor intenso de una enfermedad, afección o lesión diagnosticadas. Para miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen el cuidado médicamente necesario para corregir o ayudar a mejorar una enfermedad o afección física o mental. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Los miembros menores de 21 años obtienen beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, lea el capítulo 5 de este manual, “Niños y jóvenes sanos”.

Más abajo se encuentran algunos de los beneficios y servicios médicos básicos que ofrece el Plan de Salud. Los beneficios y servicios con asterisco (*) necesitan aprobación previa (autorización previa).



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

4 | Beneficios y servicios

- [Para todos los demás condados] Servicios dentales limitados (prestados por un profesional médico o un proveedor primario [PCP] en un consultorio médico)
- [Solo para el condado de San Mateo] Servicios dentales (prestados por un profesional dental)
- Acupuntura*
- Aparatos de corrección auditiva
- Audiología*
- Cirugía ambulatoria*
- Cuidado de hospicio*
- Cuidado de maternidad y para recién nacidos
- Cuidado médico en el hogar*
- Cuidado médico y quirúrgico para pacientes hospitalizados*
- Cuidado paliativo*
- Cuidado urgente
- Equipo médico duradero (DME)*
- Evaluaciones médicas cognitivas
- Inyecciones y pruebas para alergias
- Nutrición enteral y parenteral*
- Ortopedia y prótesis*
- Prevención del asma
- Pruebas de marcadores biológicos*
- Radioterapia y quimioterapia
- Rehabilitación cardíaca
- Rehabilitación pulmonar
- Secuenciación rápida del genoma completo
- Servicios de ambulancia por una emergencia
- Servicios de anestesiología
- Servicios de centros de cuidado intermedio
- Servicios de diálisis y hemodiálisis
- Servicios de doula
- Servicios de enfermería especializada, incluidos servicios de cuidado subagudo
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios
- Servicios de la visión*
- Servicios de laboratorio y radiología*
- Servicios de planificación familiar (puede acudir a un proveedor no participante)
- Servicios de podología*
- Servicios de salud de la mujer
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Servicios de trabajadores de salud comunitarios
- Servicios de transgénero*
- Servicios diádicos
- Servicios pediátricos
- Servicios quiroprácticos*
- Servicios quirúrgicos
- Servicios y dispositivos de habilitación*
- Servicios y dispositivos de rehabilitación*
- Servicios y terapias agudos de salud en el hogar (tratamiento a corto plazo)
- Servicios y terapias de salud en el hogar a largo plazo*
- Suministros de ostomía y urología
- Telemedicina y telesalud
- Terapia del lenguaje*
- Terapia física*
- Terapia ocupacional*
- Trasplante de órgano importante*
- Tratamientos de salud del comportamiento*
- Vacunas para adultos
- Visitas a la sala de emergencia
- Visitas al especialista
- Visitas al PCP

Las definiciones y descripciones de los servicios cubiertos están en el capítulo 8 de este manual, “Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer”.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Los servicios médicamente necesarios son razonables y hacen falta para proteger su vida, evitar que se enferme de gravedad o quede discapacitado, o para aliviar el dolor intenso de una enfermedad, afección o lesión diagnosticadas.

Entre estos, se incluyen los servicios necesarios para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad, o para alcanzar, mantener o recuperar las capacidades funcionales.

Para los miembros menores de 21 años, un servicio es médicamente necesario si es necesario para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y mentales conforme al beneficio de Medi-Cal para Niños y Adolescentes (también conocido como beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos [EPSDT]). Esto incluye el cuidado necesario para solucionar o ayudar a mejorar una enfermedad o afección física o mental, o para evitar que la enfermedad del miembro empeore.

Los servicios médicamente necesarios no incluyen:

- **Tratamientos que no han sido probados o que aún están en evaluación.**
- **Servicios u objetos que no cuentan con una aceptación general por su eficacia.**
- **Servicios que exceden el curso y la duración normales de tratamiento, o servicios que no cuentan con directrices clínicas.**
- **Servicios ofrecidos por conveniencia del proveedor o cuidador.**

El Plan de Salud se coordina con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si esos servicios están cubiertos por otro programa y no por el Plan de Salud.

Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios cubiertos que son razonables y hacen falta para:

- Proteger la vida.
- Prevenir enfermedades o discapacidades importantes.
- Aliviar el dolor intenso.
- Lograr un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad.
- Alcanzar, mantener y recuperar las capacidades funcionales.

Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios incluyen todos los servicios cubiertos enumerados anteriormente, además de cualquier otro cuidado



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

médico, exámenes de detección, vacunas, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales que requiere el beneficio de Medi-Cal para Niños y Adolescentes. Este beneficio se conoce como beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) según la ley federal.

Medi-Cal para Niños y Adolescentes brinda servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes de bajos ingresos menores de 21 años. Medi-Cal para Niños y Adolescentes cubre más servicios que el beneficio para adultos. Está diseñado para garantizar que los niños reciban detección temprana y cuidado para prevenir, diagnosticar y tratar problemas de salud. El objetivo de Medi-Cal para Niños y Adolescentes es garantizar que cada niño reciba el cuidado médico que necesita cuando lo necesita: el cuidado adecuado para el niño adecuado en el momento adecuado y en el entorno adecuado.

El Plan de Salud se coordinará con otros programas para asegurarse de que usted obtenga todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa cubre esos servicios y el Plan de Salud no. Lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” más adelante en este capítulo.

Beneficios de Medi-Cal cubiertos por el Plan de Salud

Servicios para pacientes ambulatorios

Vacunas para adultos

Puede obtener vacunas para adultos de un proveedor dentro de la red sin aprobación previa (autorización previa) cuando son un servicio preventivo. El Plan de Salud cubre las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) como servicios preventivos, incluidas las vacunas que necesita cuando viaja.

También puede obtener vacunas para adultos de una farmacia a través de Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre Medi-Cal Rx, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” más adelante en este capítulo.

Tratamiento de alergias

El Plan de Salud cubre pruebas y tratamiento de alergias, incluida la desensibilización e hiposensibilización de alergias, o la inmunoterapia.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios de anestesiología

El Plan de Salud cubre los servicios de anestesia que son médicamente necesarios cuando recibe cuidado como paciente ambulatorio. Esto puede incluir anestesia para procedimientos dentales cuando la proporciona un anesthesiólogo, quien puede requerir aprobación previa (autorización previa).

Servicios quiroprácticos

El Plan de Salud cubre los servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual. Los servicios quiroprácticos están limitados a un máximo de 2 servicios por mes, o una combinación de 2 servicios por mes de los siguientes servicios: acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Los límites no se aplican a niños menores de 21 años. El Plan de Salud podría otorgar aprobación previa a otros servicios, según sea médicamente necesario.

Estos miembros reúnen los requisitos para servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años.
- Personas embarazadas hasta fin de mes, que incluye 60 días después del final del embarazo.
- Residentes de un centro de enfermería especializada, centro de cuidado intermedio o centro de cuidado subagudo.
- Todos los miembros cuando los servicios se brindan en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales del condado, clínicas para pacientes ambulatorios, centros de salud aprobados por el gobierno federal (FQHC) o clínicas rurales de salud (RHC) de la red del Plan de Salud. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios.

Evaluaciones médicas cognitivas

El Plan de Salud cubre una evaluación médica cognitiva anual para miembros de 65 años o más que de otro modo no reúnen los requisitos para una evaluación similar como parte de una visita de bienestar anual según el programa Medicare. En una evaluación médica cognitiva, se buscan señales de la enfermedad de Alzheimer o de demencia.

Servicios de trabajadores de salud comunitarios

El Plan de Salud cubre los servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW) para personas cuando los recomienda un doctor u otro profesional autorizado para prevenir enfermedades, discapacidades y otras afecciones de salud o su progresión; prolongar la vida; y promover la salud y la eficiencia física y mental. Los servicios de CHW no tienen límites de ubicación de servicio, y los miembros pueden recibir servicios en entornos como el departamento de emergencias. Los servicios pueden incluir:



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Educación sobre la salud y apoyo o defensa individual, incluido el control y la prevención de enfermedades crónicas o infecciosas; afecciones de salud del comportamiento, perinatal y oral; y prevención de violencia o lesiones.
- Promoción y asesoramiento de la salud, incluido el establecimiento de objetivos y la creación de planes de acción para abordar la prevención y el tratamiento de enfermedades.
- Navegación por el sistema de salud, que incluye proporcionar información, capacitación y apoyo para facilitar el acceso al cuidado médico y a recursos comunitarios.
- Servicios de detección y evaluación que ayudan a conectar a un miembro con los servicios adecuados para mejorar su salud.

Los servicios de prevención de violencia de CHW están disponibles para los miembros que cumplan con cualquiera de las siguientes circunstancias según lo determine un profesional autorizado:

- El miembro ha resultado herido violentamente como resultado de la violencia comunitaria.
- El miembro corre un riesgo significativo de sufrir lesiones violentas como resultado de la violencia comunitaria.
- El miembro ha experimentado una exposición crónica a la violencia comunitaria.

Los servicios de prevención de la violencia prestados por CHW son específicos para la violencia comunitaria (por ejemplo, la violencia de pandillas). Se pueden brindar servicios de CHW a los miembros en casos de violencia interpersonal/doméstica a través de otras vías con capacitación/experiencia específica para esas necesidades.

Servicios de diálisis y hemodiálisis

El Plan de Salud cubre los tratamientos de diálisis. El Plan de Salud también cubre los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) si su doctor presenta una solicitud y el Plan de Salud la aprueba.

La cobertura de Medi-Cal no incluye:

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

Servicios de doula

El Plan de Salud cubre los servicios de doula proporcionados por proveedoras dentro de la red durante el embarazo de una miembro; durante el trabajo de parto y el nacimiento, incluidos los mortinatos, los abortos espontáneos y los abortos inducidos; y dentro del año



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

posterior al final del embarazo de una miembro. Medi-Cal no cubre todos los servicios de doula.

Las proveedoras llamadas doulas son trabajadoras de partos que brindan educación sobre la salud, promoción y apoyo físico, emocional y no médico a personas embarazadas y en posparto antes, durante y después del parto, incluido el apoyo durante el aborto espontáneo, la muerte fetal y el aborto.

Como beneficio preventivo, los servicios de doula requieren una recomendación escrita de un médico u otro profesional autorizado en las artes curativas dentro del alcance de su ejercicio profesional. El DHCS emitió una recomendación permanente para los servicios de doula que cumple con el requisito de una recomendación inicial. La recomendación inicial para los servicios de doula incluye las siguientes autorizaciones:

- Una visita inicial.
- Hasta 8 visitas adicionales que pueden proporcionarse en cualquier combinación de visitas prenatales y posparto.
- Apoyo durante el trabajo de parto y el nacimiento (incluido el trabajo de parto y el nacimiento con resultado de muerte fetal), aborto o pérdida espontánea.
- Hasta 2 visitas posparto extendidas de 3 horas después del final del embarazo.

Los miembros pueden recibir hasta nueve visitas posparto adicionales con una recomendación escrita adicional de un médico u otro profesional autorizado.

El Plan de Salud debe coordinar el acceso fuera de la red a servicios de doula para las miembros si no hay una proveedora disponible dentro de la red.

Servicios diádicos

El Plan de Salud cubre los servicios de cuidado diádico de salud del comportamiento (DBH) médicamente necesarios para los miembros y sus cuidadores. Una díada es un niño y sus padres o cuidadores. El cuidado diádico les sirve tanto a los padres o cuidadores como al niño. Tiene como objetivo el bienestar familiar para apoyar el desarrollo infantil saludable y la salud mental.

Los servicios de cuidado diádico incluyen:

- Visitas de cuidado diádico de salud del comportamiento (DBH) para niños sanos
- Servicios diádicos de apoyo comunitario integral
- Servicios diádicos psicoeducativos
- Servicios diádicos para padres o cuidadores
- Entrenamiento diádico familiar
- Asesoramiento para el desarrollo infantil y servicios de salud mental materna



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Cirugía ambulatoria

El Plan de Salud cubre procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Para algunos procedimientos, necesitará obtener aprobación previa (autorización previa) antes de recibir esos servicios. Los procedimientos de diagnóstico y ciertos procedimientos médicos o dentales para pacientes ambulatorios se consideran electivos. Debe obtener aprobación previa (autorización previa).

Servicios médicos

El Plan de Salud cubre los servicios médicos que sean médicamente necesarios.

Servicios de podología (cuidado de los pies)

El Plan de Salud cubre los servicios de podología que sean médicamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, de manipulación y eléctrico del pie humano. Incluye tratamiento para el tobillo y los tendones conectados al pie. También incluye el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

Terapias de tratamiento

El Plan de Salud cubre diferentes terapias de tratamiento, que incluyen:

- Quimioterapia
- Radioterapia

Cuidado de maternidad y para recién nacidos

El Plan de Salud cubre estos servicios de cuidado de maternidad y para recién nacidos:

- Asesoramiento
- Coordinación del cuidado
- Cuidado del recién nacido
- Cuidado prenatal
- Diagnóstico de trastornos genéticos fetales y asesoramiento al respecto
- Educación nutricional
- Educación sobre la salud relacionada con el embarazo
- Educación y productos para el amamantamiento
- Enfermera obstetra certificada (CNM)
- Evaluaciones y remisiones de salud social y mental
- Obstetra con licencia (LM)
- Parto y cuidado posparto
- Sacaleches y suministros
- Servicios de doula



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Servicios de salud mental durante la maternidad
- Servicios del centro de maternidad
- Suplementos de vitaminas y minerales

Servicios de telesalud

La telesalud es una forma de recibir servicios sin estar en la misma ubicación física que el proveedor. La telesalud puede implicar conversar en vivo con su proveedor por teléfono, video u otros medios. O bien, compartir información con el proveedor sin conversar en vivo. Puede obtener muchos servicios a través de la telesalud.

La telesalud puede no estar disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber qué servicios puede obtener a través de la telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo en que usar la telesalud para un servicio es lo apropiado para usted. Usted tiene derecho a obtener servicios en persona. No está obligado a usar la telesalud, incluso si su proveedor considera que es lo apropiado para usted.

Servicios de salud mental

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

El Plan de Salud cubre evaluaciones iniciales de salud mental sin la necesidad de aprobación previa (autorización previa). Puede obtener una evaluación de salud mental en cualquier momento, y sin remisión, de un proveedor de servicios de salud mental con licencia que forme parte de la red del Plan de Salud.

Su PCP o el proveedor de salud mental podrían remitirlo para que se realice más pruebas de salud mental con un especialista de la red del Plan de Salud a fin de decidir qué nivel de cuidado necesita. Si los resultados de la prueba de salud mental muestran que tiene una dificultad leve o moderada, o tiene una discapacidad mental, emocional o del comportamiento, el Plan de Salud puede brindarle servicios de salud mental.

El Plan de Salud cubre servicios de salud mental tales como:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas, si están clínicamente indicadas para evaluar una afección de salud mental.
- Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, la memoria y la resolución de problemas.
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos.
- Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Medicamentos para pacientes ambulatorios que aún no están cubiertos según la Lista de Medicamentos con Contrato de Medi-Cal Rx (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>), suministros y suplementos.
- Consultas psiquiátricas
- Terapia familiar que involucra al menos a 2 miembros de la familia. Algunos ejemplos de terapia familiar:
 - Psicoterapia para padres e hijos (de 0 a 5 años).
 - Terapia interactiva para padres e hijos (de 2 a 12 años).
 - Terapia de pareja cognitivo-conductual (adultos).

Si quiere ayuda para encontrar más información sobre los servicios de salud mental proporcionados por el Plan de Salud, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si el tratamiento que necesita para un trastorno de salud mental no está disponible en la red del Plan de Salud, o si su PCP o el proveedor de salud mental no pueden brindarle el cuidado que necesita en el tiempo indicado antes en “Acceso oportuno al cuidado médico”, el Plan de Salud cubrirá y lo ayudará a obtener servicios fuera de la red.

Si el examen de salud mental muestra que podría tener un mayor nivel de discapacidad y necesita servicios especializados de salud mental (SMHS), su PCP o el proveedor de salud mental pueden remitirlo al plan de salud mental del condado para que obtenga el cuidado que necesita. El Plan de Salud lo ayudará a coordinar una cita inicial con un proveedor del plan de salud mental del condado para determinar el cuidado adecuado. Para obtener más información, lea el capítulo 4, “Otros programas y servicios de Medi-Cal”, bajo “Servicios especializados de salud mental” en este manual.

Servicios de cuidado de emergencia

Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios para tratar una emergencia médica

El Plan de Salud cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurra en los Estados Unidos (incluidos sus territorios, como Puerto Rico, las Islas Vírgenes, etc.). El Plan de Salud también cubre cuidado de emergencia que requiere hospitalización en Canadá o México.

Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o una lesión grave. La afección es tan grave que, si no recibe cuidado médico inmediato, una persona prudente (razonable) pero no experta (no un profesional de cuidado médico) podría esperar que llevara a cualquiera de las siguientes situaciones:

- Riesgo grave para la salud.
- Daños graves a las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Riesgo grave en el caso de una persona embarazada en trabajo de parto activo, es decir, trabajo de parto en un momento en que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:
 - No hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - El traslado podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la del bebé por nacer.

Si un proveedor de la sala de emergencia de un hospital le brinda un suministro de hasta 72 horas de un medicamento con receta para pacientes ambulatorios como parte de su tratamiento, el Plan de Salud cubrirá el medicamento con receta como parte de sus servicios de emergencia cubiertos. Si un proveedor de la sala de emergencia de un hospital le da una receta que usted debe llevar a una farmacia para pacientes ambulatorios a fin de que la surtan, Medi-Cal Rx cubrirá esa receta.

Si necesita un suministro de emergencia de un medicamento de una farmacia para pacientes ambulatorios mientras viaja, Medi-Cal Rx será responsable de cubrir el medicamento, y no el Plan de Salud. Si en la farmacia necesitan ayuda para brindarle un suministro de medicamentos de emergencia, pídeles que llamen a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Servicios de transporte de emergencia

El Plan de Salud cubre los servicios de ambulancia para ayudarlo a llegar al centro de cuidado médico más cercano en una emergencia. Esto significa que la afección es tan grave que otras formas de traslado ponen en riesgo su salud o su vida. Ningún servicio está cubierto fuera de los Estados Unidos, salvo el cuidado de emergencia que requiera hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá o México y no es hospitalizado durante ese episodio de cuidado, el Plan de Salud no cubrirá sus servicios de ambulancia.

Cuidado paliativo y de hospicio

El Plan de Salud cubre el cuidado paliativo y de hospicio para niños y adultos, lo que ayuda a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los adultos a partir de los 21 años no pueden obtener servicios de cuidado curativo y de hospicio al mismo tiempo.

Cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio es un beneficio para miembros con enfermedades terminales. Para recibir cuidado de hospicio, es necesario que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos. Es una intervención que se enfoca principalmente en el manejo del dolor y los síntomas, más que en una cura para prolongar la vida.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

El cuidado de hospicio incluye:

- Servicios de enfermería.
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje.
- Servicios sociales médicos.
- Asistencia en el hogar y servicios de trabajo doméstico.
- Suministros y aparatos médicos.
- Algunos medicamentos y servicios biológicos (pueden estar disponibles a través de Medi-Cal Rx).
- Servicios de asesoramiento.
- Servicios de enfermería continua, las 24 horas durante períodos de crisis, y según sea necesario para mantener al miembro con enfermedad terminal en el hogar.
 - Cuidado de relevo para pacientes hospitalizados por hasta cinco días consecutivos a la vez en un hospital, centro de enfermería especializada u hospicio.
 - Cuidado para pacientes hospitalizados a corto plazo para el control del dolor o el manejo de los síntomas en un hospital, centro de enfermería especializada u hospicio.

Es posible que el Plan de Salud requiera que usted reciba cuidado de hospicio de un proveedor dentro de la red, a menos que los servicios médicamente necesarios no estén disponibles dentro de la red.

Cuidado paliativo

El cuidado paliativo es cuidado centrado en el paciente y la familia. Este cuidado anticipa, previene y trata el sufrimiento para mejorar la calidad de vida. Para recibir cuidado paliativo, no es necesario que el miembro tenga una esperanza de vida de seis meses o menos. El cuidado paliativo puede brindarse al mismo tiempo que el cuidado curativo.

El cuidado paliativo incluye:

- Planificación anticipada del cuidado.
- Evaluación y consulta para el cuidado paliativo.
- Plan de cuidado que incluye todo el cuidado paliativo y curativo autorizado.
- Equipo de cuidado paliativo que incluye, entre otros:
 - Un doctor en medicina u osteopatía
 - Un asistente médico
 - Un enfermero registrado
 - Un enfermero vocacional con licencia o enfermero profesional
 - Un trabajador social
 - Un capellán



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Coordinación del cuidado.
- Manejo del dolor y de los síntomas.
- Servicios sociales médicos y de salud mental.

Los adultos a partir de los 21 años no pueden obtener servicios de cuidado paliativo (curativo) y de hospicio al mismo tiempo. Si usted recibe cuidado paliativo y reúne los requisitos para recibir cuidado de hospicio, puede solicitar el cambio en cualquier momento.

Hospitalización

Servicios de anestesiología

El Plan de Salud cubre los servicios de anestesiología médicamente necesarios durante las estadias cubiertas en el hospital. Un anestesiólogo es un proveedor que se especializa en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicamento que se utiliza durante algunos procedimientos médicos o dentales.

Servicios de hospital para pacientes hospitalizados

El Plan de Salud cubre el cuidado de hospital médicamente necesario para pacientes hospitalizados cuando lo admiten en el hospital.

Secuenciación rápida del genoma completo

La secuenciación rápida del genoma completo (RWGS) es un beneficio cubierto para cualquier miembro de Medi-Cal que tenga 1 año de edad o menos y esté recibiendo servicios de hospital para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. Incluye secuenciación individual, secuenciación en trío para uno o más padres y su bebé, y secuenciación ultrarrápida.

La RWGS es una nueva forma de diagnosticar afecciones a tiempo para facilitar el cuidado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de niños de 1 año de edad o menos. Si su hijo reúne los requisitos del programa Servicios para Niños de California (CCS), el CCS puede cubrir la estadia en el hospital y la RWGS.

Servicios quirúrgicos

El Plan de Salud cubre las cirugías médicamente necesarias que se realizan en un hospital.

Cobertura posparto extendida

El Plan de Salud ofrece cobertura total hasta 12 meses después del final del embarazo, independientemente de la ciudadanía, el estado migratorio, los cambios en los ingresos o cómo termina el embarazo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)

Este beneficio incluye servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o enfermedades crónicas a desarrollar o recuperar las habilidades físicas y mentales.

El Plan de Salud cubre los servicios de rehabilitación y habilitación descritos en esta sección si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios son para abordar una afección de salud.
- Los servicios están destinados a ayudarlo a mantener, aprender o mejorar sus habilidades y funcionamiento para la vida diaria.
- Obtiene los servicios en un centro dentro de la red, a menos que un doctor dentro de la red considere médicamente necesario que usted obtenga los servicios en otro lugar o que un centro dentro de la red no esté disponible para tratar su afección de salud.

El Plan de Salud cubre estos servicios de rehabilitación y habilitación:

Acupuntura

El Plan de Salud cubre servicios de acupuntura para prevenir, cambiar o aliviar la percepción de dolor crónico intenso y continuo que resulta de una afección médica generalmente reconocida.

Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios (con estimulación eléctrica de agujas o sin ella) se limitan a 2 por mes. Se combinan con servicios de audiología, quiropráctica, terapia ocupacional y terapia del lenguaje cuando los brinda un doctor, dentista, podólogo o acupunturista. Los límites no se aplican a niños menores de 21 años. El Plan de Salud podría otorgar la aprobación previa (autorización previa) para más servicios según sea médicamente necesario.

Audiología (audición)

El Plan de Salud cubre los servicios de audiología. Los servicios de audiología para pacientes ambulatorios se limitan a 2 por mes en combinación con los servicios de acupuntura, quiropráctica, terapia ocupacional y terapia del lenguaje. Estos límites no se aplican a niños menores de 21 años. El Plan de Salud podría otorgar la aprobación previa (autorización previa) para más servicios según sea médicamente necesario.

Tratamientos de salud del comportamiento

El Plan de Salud cubre servicios de tratamiento de salud del comportamiento (BHT) para miembros menores de 21 años a través del beneficio de Medi-Cal para Niños y Adolescentes. El tratamiento de salud del comportamiento o BHT incluye servicios y programas de tratamiento, como análisis de comportamiento aplicado y programas de



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

intervención conductual basados en evidencia. Con ellos, se desarrolla o recupera, en la medida de lo posible, el funcionamiento de un miembro menor de 21 años.

Los servicios de BHT enseñan habilidades a través de la observación y del estímulo del comportamiento. También motivan el aprendizaje de cada paso de un comportamiento específico. Los servicios de BHT se basan en evidencia confiable. No son experimentales. Algunos ejemplos de servicios de BHT incluyen intervenciones conductuales, paquetes de intervención cognitivo-conductual, tratamiento conductual integral y análisis de comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser médicamente necesarios. Deben ser indicados por un doctor o psicólogo autorizado y aprobados por el Plan de Salud. Además, se deben brindar según el plan de tratamiento aprobado.

Rehabilitación cardíaca

El Plan de Salud cubre servicios de rehabilitación cardíaca para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Equipo médico duradero

El Plan de Salud cubre la compra o el alquiler de equipos médicos duraderos (DME), suministros y otros servicios relacionados con la receta de un doctor, asistente médico, enfermero profesional o especialista en enfermería clínica. Los DME recetados se cubren como médicamente necesarios para preservar las funciones corporales esenciales para las actividades de la vida diaria o evitar que empeore la discapacidad física.

En general, el Plan de Salud no cubre:

- Suministros, funciones ni equipos que sean de lujo, para comodidad o conveniencia, salvo sacaleches con componentes de calidad minorista, tal como se describió en este capítulo bajo “Sacaleches y suministros”, en “Cuidado de maternidad y para recién nacidos”.
- Objetos que no están destinados a mantener las actividades diarias normales, como los equipos para hacer ejercicio. Esto incluye los dispositivos que ofrecen más apoyo en actividades recreativas o deportivas.
- Equipos de higiene, salvo cuando sean médicamente necesarios para un miembro menor de 21 años.
- Objetos no médicos, como saunas o elevadores.
- Modificaciones en el hogar o automóvil.
- Dispositivos para analizar sangre u otras sustancias corporales (los monitores de azúcar en sangre, los monitores continuos de glucosa, las tiras reactivas y las lancetas para la diabetes están cubiertos por Medi-Cal Rx).



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Monitores electrónicos del corazón o los pulmones, salvo los monitores de apnea para bebés.
- Reparación o reemplazo de equipos por pérdida, robo o mal uso; salvo cuando sean médicamente necesarios para un miembro menor de 21 años.
- Otros objetos que en general no se utilizan principalmente para el cuidado médico.

En algunos casos, estos objetos pueden aprobarse cuando su doctor presenta una solicitud de aprobación previa (autorización previa).

Nutrición enteral y parenteral

Se recurre a estos métodos para nutrir el cuerpo cuando una afección médica le impide comer con normalidad. Las fórmulas y productos de nutrición enteral y parenteral pueden estar cubiertos con Medi-Cal Rx cuando son médicamente necesarios. El Plan de Salud cubre bombas y tubos enterales y parenterales, cuando son médicamente necesarios.

Aparatos de corrección auditiva

El Plan de Salud cubre los aparatos de corrección auditiva si se le realiza una prueba de pérdida de audición, son médicamente necesarios y se los receta su doctor. La cobertura se limita al aparato de corrección auditiva de menor costo que cubra sus necesidades médicas. El Plan de Salud cubrirá un aparato de corrección auditiva, a menos que se necesite un aparato de corrección auditiva por cada oído a fin de obtener mejores resultados que los que se pueden obtener con uno solo.

Aparatos de corrección auditiva para miembros menores de 21 años:

En los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus, la ley estatal exige que los niños menores de 21 años que necesiten aparatos de corrección auditiva sean remitidos al programa Servicios para Niños de California (CCS) a fin de decidir si reúnen los requisitos para participar. Si el niño reúne los requisitos, el programa CCS cubrirá los costos de los aparatos de corrección auditiva médicamente necesarios. Si el niño no reúne los requisitos del CCS, el Plan de Salud cubrirá los aparatos de corrección auditiva médicamente necesarios como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Aparatos de corrección auditiva para miembros a partir de los 21 años:

Conforme a Medi-Cal, el Plan de Salud cubrirá lo siguiente para cada aparato de corrección auditiva cubierto:

- Moldes de oído necesarios para el ajuste.
- Un paquete de pilas estándar.
- Visitas para verificar que el aparato de corrección auditiva esté funcionando bien.
- Visitas para limpiar o ajustar el aparato de corrección auditiva.
- Reparación del aparato de corrección auditiva.
- Accesorios y alquiler de aparatos de corrección auditiva.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Conforme a Medi-Cal, el Plan de Salud cubrirá el reemplazo de un aparato de corrección auditiva en estos casos:

- La pérdida auditiva es tal que el aparato actual no puede corregirla.
- El aparato de corrección auditiva se perdió, se rompió (y no se puede reparar) o se lo robaron, y usted no tuvo la culpa. Debe entregarnos una nota que describa lo ocurrido.

En el caso de adultos de 21 años o más, Medi-Cal **no** cubre:

- Reemplazo de las pilas del aparato de corrección auditiva.

Servicios de salud en el hogar.

El Plan de Salud cubre los servicios médicos brindados en su hogar cuando se consideran médicamente necesarios y los indica su doctor o un asistente médico, un enfermero profesional o un especialista en enfermería clínica.

Los servicios médicos brindados en su hogar están limitados a los servicios cubiertos por Medi-Cal, por ejemplo:

- Cuidado de enfermería especializada a tiempo parcial.
- Asistencia en el hogar a tiempo parcial.
- Terapia física, ocupacional y del lenguaje especializadas.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros médicos.

Suministros, equipos y aparatos médicos

El Plan de Salud cubre los suministros médicos recetados por doctores, asistentes médicos, enfermeros profesionales y especialistas en enfermería clínica. Algunos suministros médicos están cubiertos a través de Medi-Cal Rx, parte del programa Medi-Cal de pago por servicio (FFS), y no por el Plan de Salud. Cuando Medi-Cal Rx cubre los suministros, el proveedor le factura a Medi-Cal.

Medi-Cal **no** cubre:

- Objetos comunes de un hogar, por ejemplo:
 - Cinta adhesiva (todos los tipos)
 - Alcohol tópico
 - Cosméticos
 - Bolas de algodón e hisopos
 - Polvos de limpieza
 - Toallitas o paños húmedos
 - Agua de hamamelis



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Remedios caseros comunes, por ejemplo:
 - Petrolato blanco
 - Aceites y lociones para piel seca
 - Talco y productos combinados con talco
 - Agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
 - Peróxido de carbamida y perborato de sodio
- Champús que no requieren receta médica.
- Preparaciones tópicas que contienen ungüentos con ácido salicílico y ácido benzoico; crema, ungüento o líquido con ácido salicílico; y pasta con óxido de zinc.
- Otros objetos cuyo uso principal en general no es el cuidado médico y que se usan habitual y principalmente sin un fin médico específico.

Terapia ocupacional

El Plan de Salud cubre servicios de terapia ocupacional, incluida la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las indicaciones y los servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional se limitan a 2 servicios por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiroprácticos y de terapia del lenguaje. Estos límites no se aplican a niños menores de 21 años. El Plan de Salud podría otorgar la aprobación previa (autorización previa) para más servicios según sea médicamente necesario.

Ortopedia y prótesis

El Plan de Salud cubre los dispositivos y servicios protésicos y de rectificación que son médicamente necesarios y recetados por su doctor, podólogo, dentista o proveedor médico que no es doctor. Incluyen dispositivos auditivos implantados, prótesis mamarias/sostenes de mastectomía, prendas de compresión para quemaduras y prótesis para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo, o para sostener una parte del cuerpo debilitada o deformada.

Suministros de ostomía y urología

El Plan de Salud cubre bolsas de ostomía, sondas urinarias, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. Esto no incluye suministros que sean para comodidad o conveniencia ni equipos y funciones de lujo.

Terapia física

El Plan de Salud cubre los servicios de terapia física médicamente necesarios. Incluye la evaluación de la terapia física, la planificación del tratamiento, el tratamiento, las indicaciones, los servicios de consulta y la aplicación de medicamentos tópicos.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Rehabilitación pulmonar

El Plan de Salud cubre la rehabilitación pulmonar que es médicamente necesaria y está indicada por un doctor.

Servicios del centro de enfermería especializada

Si usted es discapacitado y necesita un nivel alto de cuidado, el Plan de Salud cubre los servicios del centro de enfermería especializada como médicamente necesarios. Estos servicios incluyen alojamiento y comida en un centro con licencia que brinde cuidado de enfermería especializada 24 horas al día.

Terapia del lenguaje

El Plan de Salud cubre la terapia del lenguaje que sea médicamente necesaria. Los servicios de terapia del lenguaje se limitan a 2 por mes en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, quiropráctica y terapia ocupacional. Los límites no se aplican a niños menores de 21 años. El Plan de Salud podría otorgar la aprobación previa (autorización previa) para más servicios según sea médicamente necesario.

Servicios de transgénero

El Plan de Salud cubre los servicios de transgénero (servicios de afirmación de género) cuando son médicamente necesarios o cuando cumplen con las normas para una cirugía reconstructiva.

Ensayos clínicos

El Plan de Salud cubre los costos de cuidado de rutina para los pacientes aceptados en ensayos clínicos, incluidos los ensayos clínicos para el cáncer, enumerados para los Estados Unidos en <https://clinicaltrials.gov>. Medi-Cal Rx, parte de Medi-Cal FFS, cubre la mayoría de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea “Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios” más adelante en este capítulo.

Servicios de laboratorio y radiología

El Plan de Salud cubre los servicios de laboratorio y de rayos X para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando son médicamente necesarios. Los procedimientos avanzados de toma de imágenes están cubiertos según la necesidad médica. Por ejemplo, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios preventivos y de bienestar, y manejo de enfermedades crónicas

El Plan de Salud cubre:

- Vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).
- Servicios de planificación familiar.
- Recomendaciones de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría (https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf).
- Detección de experiencias infantiles adversas (ACE).
- Servicios de prevención del asma.
- Servicios preventivos para mujeres recomendados por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos.
- Ayuda o servicios para dejar de fumar.
- Recomendaciones de grados A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.

Servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar se prestan a los miembros en edad reproductiva para permitirles elegir cuántos hijos quieren tener y con qué separación de tiempo. Estos servicios incluyen algunos métodos de control de la natalidad aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). El proveedor primario y los especialistas en obstetricia y ginecología del Plan de Salud están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para los servicios de planificación familiar, puede elegir un doctor o una clínica de Medi-Cal que no estén en la red del Plan de Salud sin tener que obtener aprobación previa (autorización previa) del Plan de Salud. Si recibe servicios no relacionados con la planificación familiar de un proveedor fuera de la red, es posible que esos servicios no estén cubiertos. Para obtener más información, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Manejo de enfermedades crónicas

El Plan de Salud también cubre programas de manejo de enfermedades crónicas enfocados en las siguientes afecciones:

- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular
- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o epoc
- Enfermedad renal crónica (CKD)

Para obtener información sobre cuidado preventivo para miembros menores de 21 años, lea el capítulo 5, “Niños y jóvenes sanos”, de este manual.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Programa de Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP) es un programa de cambio de estilo de vida basado en evidencia. Este programa de 12 meses se centra en cambios de estilo de vida. Está diseñado para prevenir o retrasar la aparición de diabetes de tipo 2 en personas diagnosticadas con prediabetes. Los miembros que cumplan con los criterios podrían reunir los requisitos para un segundo año. El programa proporciona educación y apoyo grupal. Las técnicas incluyen, entre otras:

- Proporcionar un compañero entrenador.
- Enseñar el autocontrol y la resolución de problemas.
- Brindar ánimo y comentarios.
- Proporcionar materiales informativos para apoyar los objetivos.
- Registrar pesajes de rutina para ayudar a lograr objetivos.

Los miembros deben cumplir ciertas normas para unirse al programa DPP. Para obtener más información sobre el programa DPP del Plan de Salud, visite www.hpsj.com/dpp o envíe un correo electrónico a healtheducation@hpsj.com para ver si reúne los requisitos.

Servicios reconstructivos

El Plan de Salud cubre la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo con el objetivo de mejorar funciones o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores, enfermedades o tratamiento de una enfermedad que tuvo como resultado la pérdida de una estructura del cuerpo, como una mastectomía. Pueden corresponder algunos límites y excepciones.

Servicios de detección para trastornos por consumo de sustancias

El Plan de Salud cubre:

- Detección, evaluación, intervenciones breves y remisión a tratamiento de consumo de alcohol y drogas (SABIRT)

Para conocer la cobertura de tratamiento en todo el condado, lea “Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias” más adelante en este capítulo.

Beneficios de la visión

El Plan de Salud cubre:

- Un examen de la vista de rutina cada 24 meses; los miembros tienen cobertura para exámenes más frecuentes si son médicamente necesarios, como en casos de diabetes.
- Anteojos (monturas y lentes) una vez cada 24 meses con una receta válida.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Anteojos de reemplazo dentro de los 24 meses; si la receta cambió o si sus anteojos se perdieron, se rompieron (y no se pueden reparar) o fueron robados, y usted no tuvo la culpa. Debe entregarnos una nota que indique cómo se perdieron o rompieron los anteojos, o cómo se los robaron.
- Dispositivos para baja visión si tiene una discapacidad visual que interfiere con su capacidad para realizar actividades cotidianas (como degeneración macular relacionada con la edad) y su discapacidad visual no se puede corregir con anteojos estándar, lentes de contacto, medicamentos o cirugía.
- Lentes de contacto médicamente necesarios. Los lentes de contacto y la prueba de los lentes pueden estar cubiertos si el uso de anteojos no es posible debido a una enfermedad ocular o una afección (como la falta de una oreja). Las afecciones médicas por las que puede reunir los requisitos para tener lentes de contacto especiales son aniridia, afaquia y queratocono, entre otras.

Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias

Puede obtener transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús, tren o taxi para llegar a sus citas de cuidado médico. Puede obtener transporte médico para servicios cubiertos y citas de farmacia cubiertas por Medi-Cal. Puede solicitar transporte médico a su doctor, dentista, podólogo o proveedor de salud mental o trastorno por consumo de sustancias. El proveedor decidirá el tipo correcto de transporte según sus necesidades médicas.

Si considera que usted necesita transporte médico, se lo indicará completando un formulario y enviándolo al Plan de Salud. Una vez aprobado, la aprobación es válida por hasta 12 meses, según la necesidad médica. Una vez aprobado el transporte, podrá obtener tantos viajes como necesite. Su doctor deberá reevaluar la necesidad médica de transporte médico y, si corresponde, volver a aprobar su indicación de transporte médico cuando expire. Su doctor puede volver a aprobar el transporte médico por hasta 12 meses o menos.

El transporte médico es el transporte en ambulancia, camioneta camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. El Plan de Salud paga el transporte médico de menor costo para sus necesidades médicas cuando tiene que ir a una cita. Es decir, por ejemplo, que si usted puede trasladarse física o médicamente en camioneta para sillas de ruedas, el Plan de Salud no pagará una ambulancia. Tiene derecho a usar el transporte aéreo solo si su afección médica imposibilita todo medio de transporte terrestre.

Obtendrá transporte médico si:

- Es necesario física o médicamente, según autorización escrita de un doctor u otro proveedor, ya que usted tiene una afección física o médica que le impide viajar en automóvil, autobús, tren o taxi para llegar a la cita.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde su hogar, vehículo o lugar de tratamiento, debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar los servicios de transporte médico indicados por su doctor para citas no urgentes (de rutina), llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, por lo menos de siete (7) a diez (10) días hábiles (lunes a viernes) antes de la cita. Para citas urgentes, llame lo antes posible. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro del Plan de Salud cuando llame.

Límites para el transporte médico

El Plan de Salud ofrece el transporte médico de menor costo según sus necesidades médicas para que acuda al proveedor más cercano a su hogar con citas disponibles. No puede obtener transporte médico si Medi-Cal no cubre el servicio que recibirá o si no es una cita de farmacia cubierta por Medi-Cal. La lista de servicios cubiertos se encuentra en la sección “Beneficios y servicios” del capítulo 4 de este manual.

Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no a través del plan de salud, el Plan de Salud no cubrirá el transporte médico, pero puede ayudarlo a programar su transporte con Medi-Cal. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio del Plan de Salud, a menos que el Plan de Salud lo haya autorizado. Para obtener más información o solicitar transporte médico, llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711

Costo para el miembro

No hay ningún costo cuando el Plan de Salud organiza el transporte.

Cómo conseguir transporte no médico

Sus beneficios incluyen el transporte a las citas siempre que estas sean debido a un servicio cubierto por Medi-Cal y usted no tenga acceso al transporte. Puede obtener un viaje gratis cuando haya probado todas las demás formas de conseguir transporte y:

- Se traslade de ida y vuelta a una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor.
- Vaya a recoger medicamentos con receta y suministros médicos.

El Plan de Salud le permite viajar en automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para llegar a la cita médica y recibir servicios cubiertos por Medi-Cal. El Plan de Salud cubrirá el tipo de transporte no médico de menor costo según sus necesidades médicas. A veces, el Plan de Salud puede reembolsarle (devolverle el dinero) los viajes en un vehículo privado que usted organice. El Plan de Salud debe aprobar esto antes de que usted obtenga el viaje.

Debe decirnos por qué no puede conseguir traslado de otra manera, como por ejemplo en autobús. Puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o informarnos en persona. Si



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

tiene acceso a transporte o puede conducir usted mismo a la cita, el Plan de Salud no le reembolsará el costo. Este beneficio es solo para miembros que no tienen acceso a transporte.

Para el reembolso de millas, deberá presentar copias de los siguientes documentos del conductor:

- Licencia de conducir
- Registro del vehículo
- Comprobante de seguro del automóvil

Para solicitar un traslado para servicios que han sido autorizados, llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, por lo menos siete (7) a diez (10) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita, o tan pronto como pueda si tiene una cita urgente. Tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro del Plan de Salud cuando llame.

Nota: Los indígenas americanos también pueden comunicarse con su proveedor de cuidado médico indígena para solicitar transporte no médico.

Límites para el transporte no médico

El Plan de Salud ofrece el transporte no médico de menor costo según sus necesidades para que acuda al proveedor más cercano a su hogar con citas disponibles. Los miembros no pueden conducir ellos mismos ni recibir un reembolso directamente por el transporte no médico. Para obtener más información, llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

El transporte no médico no se aplica si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- El transporte en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para sillas de ruedas u otro tipo de transporte médico es médicamente necesario para recibir un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia o desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o médica.
- Está en silla de ruedas y no puede subirse o bajarse del vehículo sin la ayuda del conductor.
- Medi-Cal no cubre el servicio.

Costo para el miembro

No hay ningún costo cuando el Plan de Salud organiza el transporte no médico.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Gastos de viaje

En algunos casos, si tiene que viajar para citas médicas que no están disponibles cerca de su hogar, el Plan de Salud puede cubrir gastos de viaje, como comidas, estadías en hoteles y otros gastos relacionados (como estacionamiento, peajes, etc.). Estos gastos de traslado también pueden estar cubiertos para alguien que viaje con usted para ayudarlo con su cita o alguien que le vaya a donar un órgano para un trasplante. Debe solicitar aprobación previa (autorización previa) para estos servicios comunicándose con el Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Otros beneficios y programas cubiertos por el Plan de Salud

Servicios y apoyos de cuidado a largo plazo

El Plan de Salud cubre, para los miembros que reúnen los requisitos, servicios y apoyos de cuidado a largo plazo en los siguientes tipos de centros u hogares de cuidado a largo plazo:

- Servicios en centros de enfermería especializada según lo aprobado por el Plan de Salud.
- Servicios de centros de cuidado subagudo (para adultos y pediátricos) según lo aprobado por el Plan de Salud.
- Servicios de centros de cuidado intermedio aprobados por el Plan de Salud, que incluyen:
 - Centro de cuidado intermedio/discapacitados del desarrollo (ICF/DD)
 - Centro de cuidado intermedio/habilitación para discapacitados del desarrollo (ICF/DD-H)
 - Centro de cuidado intermedio/enfermería para discapacitados del desarrollo (ICF/DD-N)

Si reúne los requisitos para servicios de cuidado a largo plazo, el Plan de Salud se asegurará de que lo coloquen en un centro de cuidado médico o en un hogar que brinde el nivel de cuidado más adecuado a sus necesidades médicas.

Si tiene preguntas sobre los servicios de cuidado a largo plazo, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Manejo de cuidado básico

Obtener cuidado de muchos proveedores diferentes o en diferentes sistemas de salud es un desafío. El Plan de Salud quiere asegurarse de que los miembros obtengan todos los servicios, medicamentos con receta y servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios. El Plan de Salud puede ayudarlo gratis a coordinar y administrar sus necesidades de salud. Esta ayuda está disponible incluso cuando otro programa cubre los servicios.

Puede resultar difícil determinar cómo satisfacer sus necesidades de cuidado médico después de salir del hospital o si recibe cuidado en diferentes sistemas. A continuación se muestran algunas formas en que el Plan de Salud puede ayudarlo:

- Si tiene problemas para conseguir una cita de seguimiento u obtener medicamentos después de que le den el alta del hospital, el Plan de Salud puede ayudarlo.
- Si necesita ayuda para llegar a una cita en persona, el Plan de Salud puede ayudarlo a obtener transporte gratis.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la salud de su hijo, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Manejo de cuidado complejo

Los miembros con necesidades médicas más complejas pueden reunir los requisitos para servicios adicionales centrados en la coordinación del cuidado. El Plan de Salud ofrece servicios de manejo de cuidado complejo (CCM) a miembros que tengan afecciones médicas, de salud del comportamiento o sociales crónicas.

Si está inscrito en el CCM o en el manejo mejorado del cuidado (lea a continuación), el Plan de Salud se asegurará de que tenga un administrador de cuidado asignado en el Plan de Salud que pueda ayudarlo no solo con la administración de cuidado básico descrita anteriormente, sino también con un conjunto ampliado de apoyos de cuidado de transición que están disponibles si es dado de alta de un hospital, un centro de enfermería especializada, un hospital psiquiátrico o un tratamiento residencial.

Manejo mejorado del cuidado

El Plan de Salud cubre los servicios de manejo mejorado del cuidado (ECM) para miembros con necesidades muy complejas. El ECM tiene servicios adicionales para ayudarlo a obtener el cuidado que necesita a fin de mantenerse saludable. Coordina su cuidado con diferentes doctores y otros proveedores. El ECM ayuda a coordinar el cuidado primario y preventivo, el cuidado agudo, la salud del comportamiento, la salud oral y del desarrollo, los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) comunitarios y las remisiones a recursos disponibles en la comunidad.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si reúne los requisitos, es posible que se comuniquen con usted en relación con los servicios de ECM. También puede llamar al Plan de Salud para averiguar si puede obtener ECM y cuándo. O hable con su proveedor de cuidado médico. Este puede averiguar si reúne los requisitos para ECM o remitirlo a servicios de manejo del cuidado.

Servicios cubiertos de ECM

Si reúne los requisitos para el ECM, tendrá su propio equipo de cuidado con un administrador de cuidado principal. Esta persona hablará con usted y sus doctores, especialistas, farmacéuticos, administradores de cuidado, proveedores de servicios sociales y otros. Se asegura de que todos trabajen juntos para brindarle el cuidado que necesita. Un administrador de cuidado principal también puede ayudarlo a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad. El manejo mejorado del cuidado incluye:

- Compromiso y participación activa
- Evaluación integral y manejo del cuidado
- Coordinación mejorada del cuidado
- Promoción de la salud
- Cuidado transitorio integral
- Servicios de apoyo al miembro y a la familia
- Coordinación y remisión con asistencias sociales y comunitarias

Para saber si el ECM podría ser adecuado para usted, hable con el representante del Plan de Salud o con su proveedor de cuidado médico.

Costo para el miembro

Los servicios de ECM no tienen ningún costo para los miembros.

Apoyos comunitarios

Usted puede calificar para obtener ciertos servicios de apoyo comunitario, si corresponde. Los apoyos comunitarios son servicios o prestaciones médicamente adecuados y rentables, que sirven como alternativa para los servicios cubiertos por el plan estatal de Medi-Cal. Son servicios opcionales para los miembros. Si reúne los requisitos y acepta recibir estos servicios, podrían ayudarlo a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que usted ya obtiene de Medi-Cal.

El Plan de Salud ofrece servicios tales como ayuda para obtener vivienda; un lugar para recuperarse después de una estadía en un hospital o en un centro cuando no hay uno disponible; comidas y comidas médicamente adaptadas; un lugar para dejar el alcohol u otras drogas; ayuda para mejorar su entorno cuando tiene asma; barras de apoyo para la ducha y rampas; y ayuda para usted o su cuidador. El Plan de Salud ofrece los apoyos comunitarios que se detallan a continuación a los miembros inscritos en los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- **Servicios de navegación de transición de vivienda:** Asistencia para buscar, obtener y conservar una vivienda. Los desamparados elegibles que deben cumplir con los criterios de apoyo comunitario del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS), y pueden brindarse los servicios si corresponde y los autoriza el Plan de Salud.
- **Depósitos de vivienda:** Asistencia con coordinación, depósitos de seguridad y servicios de puesta en marcha para establecer vivienda básica que no constituye alojamiento y comida. Los miembros elegibles que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin hogar deben cumplir con los criterios de apoyo comunitario del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS), y pueden brindarse los servicios si corresponde y los autoriza el Plan de Salud. Este servicio está disponible una vez en la vida, y la persona debe recibir servicios de navegación de transición de vivienda junto con este servicio.
- **Servicios de arrendamiento y mantenimiento de viviendas:** Servicios para ayudar a las personas a mantener una vivienda segura y estable una vez que la vivienda esté asegurada. Los miembros elegibles que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin hogar deben cumplir con los criterios de apoyo comunitario del Departamento de Servicios de Cuidado Médico (DHCS), y pueden brindarse los servicios si corresponde y los autoriza el Plan de Salud. Este servicio está disponible por una única duración en la vida de la persona y solo se aprobará una vez adicional si es médicamente apropiado.
- **Vivienda posterior a la hospitalización a corto plazo:** Proporciona a aquellos que no tienen residencia y que tienen grandes necesidades médicas o de salud del comportamiento un lugar para recuperarse después de una estadía en un hospital o centro. Los miembros elegibles deben tener necesidades médicas/de salud del comportamiento, no tener hogar o estar en riesgo de quedarse sin hogar y cumplir con los criterios de apoyo comunitario del DHCS. Además, el Plan de Salud debe determinar que este servicio es apropiado y autorizarlo. Este servicio está disponible una vez en la vida de una persona y no debe exceder una duración de 6 meses por episodio.
- **Cuidado recuperativo:** Proporciona alojamiento a corto plazo junto con servicios médicos y coordinación del cuidado para personas que ya no requieren hospitalización, pero necesitan recuperarse de una lesión o una enfermedad. Los miembros elegibles incluyen aquellos con necesidades médicas o de salud del comportamiento que se encuentran sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y carecen de ciertos apoyos, y que cumplen con los criterios de apoyo comunitario del DHCS. Además, el Plan de Salud debe determinar que este servicio es apropiado y autorizarlo. Este servicio es por no más de 90 días de duración continua.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- **Comidas y comidas médicamente adaptadas:** Este servicio ayuda a los miembros a alcanzar sus objetivos de nutrición en momentos críticos para ayudarlos a recuperar y mantener la salud. Los miembros elegibles incluyen personas con enfermedades crónicas, aquellas que reciben el alta de hospitales o centros de enfermería y personas con amplias necesidades de coordinación del cuidado. Los miembros elegibles deben cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que el servicio es apropiado y autorizarlo. Disponible para hasta dos comidas por servicios de alimentación y nutrición de apoyo médico hasta por 12 semanas o más si es médicamente necesario. Las comidas no deben ser elegibles para ser reembolsadas por otros programas y no deben estar cubiertas únicamente para responder a la inseguridad alimentaria.
- **Centro de sobriedad:** Lugar de sobriedad a corto plazo para miembros que se encuentran bajo la influencia de alcohol en público y que, de lo contrario, serían transportados a los servicios de emergencia o a la cárcel. Los miembros elegibles deben tener 18 años o más, estar intoxicados y no sufrir problemas médicos; deberían de lo contrario ser transportados al departamento de emergencias o a la cárcel; y son aptos para que se los remita a un centro de sobriedad. El servicio está cubierto por una duración inferior a 24 horas. Los centros de sobriedad no requieren autorización previa, y los miembros pueden acudir directamente a los proveedores de los centros de sobriedad para recibir servicios.
- **Remediación del asma:** Cambios físicos en el hogar necesarios para ayudar a los miembros a vivir en el hogar sin episodios de asma. Los miembros elegibles incluyen aquellos con asma mal controlada, con visitas frecuentes de emergencia o cuidado urgente, y con una remisión de un proveedor. El servicio debe cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que es apropiado y autorizarlo. Este servicio está disponible hasta un máximo de por vida, a menos que la afección del miembro respalde una necesidad adicional.
- **Adaptaciones de accesibilidad en el entorno (modificaciones en el hogar):** Cambios físicos en el hogar para permitir que un individuo funcione con mayor independencia y no requiera cuidado en un centro de enfermería. Los miembros elegibles incluyen aquellos que están en riesgo de institucionalización y cumplen con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS. El Plan de Salud debe determinar que los servicios son apropiados y autorizarlos. Este servicio está disponible hasta un máximo de por vida, a menos que la afección del miembro respalde una necesidad adicional.
- **Programas de habilitación diurna:** Programas diseñados para ayudar al miembro a obtener y mejorar la autoayuda, las habilidades sociales y las habilidades de adaptación para vivir exitosamente en un entorno natural. Los miembros elegibles



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

pueden incluir personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar y que cumplen con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS. El Plan de Salud debe determinar que los servicios son apropiados y autorizarlos. Este servicio está disponible para los miembros según sea médicamente apropiado.

- **Servicios de cuidado personal y de trabajo doméstico:** Servicios brindados a personas que necesitan ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse o alimentarse. Los miembros elegibles pueden incluir miembros en riesgo de recibir cuidado en un centro de enfermería, miembros con discapacidades, miembros que carecen de apoyo social y miembros de servicios de apoyo en el hogar (IHSS). Los servicios deben cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que son apropiados y autorizarlos. Este servicio está disponible según sea médicamente apropiado.
- **Servicios de relevo:** Servicios a corto plazo brindados a cuidadores de quienes requieren supervisión temporal ocasional, para brindar alivio al cuidador. Los miembros elegibles pueden incluir miembros que viven en la comunidad, tienen impedimentos en sus actividades de la vida diaria, dependen de sus cuidadores para que les brinden la mayor parte del apoyo, y requieren ayuda del cuidador para evitar la colocación institucional. Los servicios deben cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que son apropiados y autorizarlos. El límite de servicio es de hasta 336 horas por año calendario. Este servicio incluye todos los servicios a domicilio y en las instalaciones. Se pueden hacer excepciones al límite de 336 horas por año calendario con la autorización del Plan de Salud si el cuidador experimenta un episodio que incluye tratamiento médico y hospitalización.
- **Transición o remisión de un centro de enfermería a centros de vida asistida:** Servicios para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar estadías en centros de enfermería cuando sea posible. Los miembros elegibles son aquellos que han residido en un centro de enfermería durante más de 60 días y están dispuestos y son capaces de hacer la transición y ser remitidos a un centro de vida asistida. Los servicios deben cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que son apropiados y autorizarlos. Los miembros pueden recibir servicios según sea médicamente apropiado. Los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.
- **Servicios de transición comunitaria/Transición de un centro de enfermería a un hogar:** Servicios para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar una mayor institucionalización proporcionando gastos de instalación no recurrentes para las personas que hacen la transición de un centro con licencia a un arreglo de vivienda



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

en una residencia privada. Los miembros elegibles son aquellos que actualmente reciben el nivel de cuidado médicamente necesario en un centro, han vivido más de 60 días y están interesados y pueden residir de manera segura en la comunidad. Los servicios deben cumplir con los criterios de apoyos comunitarios del DHCS, y el Plan de Salud debe determinar que son apropiados y autorizarlos. Los servicios de transición comunitaria se pagan hasta un monto máximo total de por vida. La única excepción al máximo total es si el miembro se ve obligado a mudarse de un arreglo de vivienda operado por un proveedor a un arreglo de vivienda en una residencia privada debido a circunstancias fuera de su control.

Los miembros pueden recibir servicios según sea médicamente apropiado.

Los proveedores de ECM, los proveedores de apoyo comunitario y los PCP pueden solicitar apoyo comunitario a través de una solicitud por fax o a través del portal de proveedores.

Si necesita ayuda o desea saber qué apoyos comunitarios podrían estar disponibles para usted, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. O llame a su proveedor de cuidado médico.

Trasplante de órgano importante

Trasplantes para niños menores de 21 años

En los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus, la ley estatal requiere que los niños que necesitan trasplantes sean remitidos al programa CCS a fin de decidir si reúnen los requisitos para participar. Si el niño reúne los requisitos, el programa CCS cubrirá los costos del trasplante y de los servicios relacionados.

Si el niño no reúne los requisitos para CCS, el Plan de Salud lo remitirá a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que un trasplante es seguro y necesario para la afección médica del niño, el Plan de Salud cubrirá el trasplante y otros servicios relacionados.

Trasplantes para adultos mayores de 21 años

Si su doctor decide que es posible que necesite un trasplante de órgano importante, el Plan de Salud lo remitirá a un centro de trasplantes calificado para una evaluación.

Si el centro de trasplantes confirma que un trasplante es necesario y seguro para su afección médica, el Plan de Salud cubrirá el trasplante y otros servicios relacionados.

Los principales trasplantes de órganos que cubre el Plan de Salud incluyen, entre otros:

- Corazón
- Corazón/pulmón
- Hígado
- Hígado/intestino delgado
- Intestino delgado
- Médula ósea



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Pulmón
- Riñón
- Riñón/páncreas

Programas de medicina callejera

Los desamparados pueden recibir servicios cubiertos de proveedores de medicina callejera que forman parte de la red de proveedores del Plan de Salud. Los desamparados pueden elegir a un proveedor de medicina callejera del Plan de Salud para que sea su proveedor primario (PCP), siempre que el proveedor de medicina callejera reúna los requisitos para ser PCP y acepte ser el PCP del miembro. Para obtener más información sobre el programa de medicina callejera del Plan de Salud, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Otros programas y servicios de Medi-Cal

Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de pago por servicio (FFS) u otros programas de Medi-Cal

El Plan de Salud no cubre algunos servicios, pero de todos modos usted puede obtenerlos a través del programa de FFS de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. El Plan de Salud se coordina con otros programas para asegurarse de que usted obtenga todos los servicios médicamente necesarios, incluidos aquellos cubiertos por otro programa y no por el Plan de Salud. En esta sección, se mencionan algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Medicamentos con receta cubiertos por Medi-Cal Rx

Los medicamentos con receta que se entregan en una farmacia están cubiertos por Medi-Cal Rx, que es parte de Medi-Cal FFS. El Plan de Salud puede cubrir algunos medicamentos que un proveedor administra en un consultorio o clínica. Si su proveedor le receta medicamentos administrados en el consultorio del doctor o en un centro de infusión, estos pueden considerarse medicamentos administrados por el médico.

Si un profesional de cuidado médico que no trabaja en una farmacia administra un medicamento, está cubierto por el beneficio médico. Su proveedor puede recetarle medicamentos que están en la Lista de Medicamentos con Contrato de Medi-Cal Rx.

A veces, necesita un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos con Contrato. Estos medicamentos necesitan aprobación antes de que usted pueda surtir la receta en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará estas solicitudes y tomará una decisión en un plazo de 24 horas.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Un farmacéutico de su farmacia para pacientes ambulatorios puede darle un suministro de emergencia para 14 días si cree que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará los medicamentos de emergencia que le proporcione una farmacia para pacientes ambulatorios.
- Medi-Cal Rx puede rechazar una solicitud que no es de emergencia. Si es así, le enviarán una carta para explicarle el motivo. También le indicarán qué opciones tiene. Para obtener más información, lea “Quejas formales” en el capítulo 6 de este manual.

Para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos con Contrato o para obtener una copia de esta lista, llame a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprima 7 o marque 711. También puede ingresar en el sitio web de Medi-Cal Rx, <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Farmacias

Si necesita surtir o resurtir una receta, debe obtener los medicamentos con receta en una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de Farmacias de Medi-Cal Rx en:

<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>

También puede encontrar una farmacia cercana o una farmacia que pueda enviarle el medicamento con receta por correo si llama a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprime 7 o marca 711.

Una vez que elija una farmacia, su proveedor puede enviarle electrónicamente una receta a su farmacia. Su proveedor también puede darle una receta escrita para llevar a la farmacia. Entregue la receta en la farmacia junto con su tarjeta de identificación para beneficios (BIC) de Medi-Cal. Asegúrese de que la farmacia conozca todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, consulte al farmacéutico.

Los miembros también pueden obtener servicios de transporte del Plan de Salud para llegar a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea “Beneficios de transporte para situaciones que no son emergencias” en el capítulo 4 de este manual.

Servicios de salud mental especializados (SMHS)

Algunos servicios de salud mental se brindan a través de los planes de salud mental del condado y no a través del Plan de Salud. Estos incluyen SMHS para miembros de Medi-Cal que cumplen con los criterios de servicios para SMHS. Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y hospitalizados:



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios para pacientes ambulatorios:

- Servicios de salud mental
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios intensivos diurnos de tratamiento
- Servicios diurnos de rehabilitación
- Servicios de intervención en casos de crisis
- Servicios de estabilización de crisis
- Manejo de cuidado específico
- Servicios terapéuticos de salud del comportamiento con cobertura para miembros menores de 21 años
- Coordinación del cuidado intensivo (ICC) con cobertura para miembros menores de 21 años
- Servicios intensivos en el hogar (IHBS) con cobertura para miembros menores de 21 años
- Cuidado terapéutico en hogar sustituto (TFC) con cobertura para miembros menores de 21 años
- Servicios móviles de crisis
- Servicios de apoyo entre pares (PSS) (opcional)

Servicios residenciales:

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis

Servicios para pacientes hospitalizados:

- Servicios psiquiátricos de hospital para pacientes hospitalizados
- Servicios de centros de salud psiquiátrica

Para obtener más información sobre los SMHS que ofrece el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado.

Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, visite dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx. Si el Plan de Salud determina que necesitará servicios del plan de salud mental del condado, el Plan de Salud lo ayudará a conectarse con los servicios del plan de salud mental del condado.

Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias

El Plan de Salud les recomienda que obtengan cuidado a los miembros que desean ayuda con el consumo de alcohol u otras sustancias. Los servicios para el consumo de sustancias están disponibles a través de proveedores de cuidado general, como cuidado primario, hospitales para pacientes hospitalizados y departamentos de emergencia, y de proveedores de servicios especializados en el consumo de sustancias. Los planes de salud del



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

comportamiento del condado a menudo brindan servicios especializados.

Para obtener más información sobre las opciones de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, llame a su proveedor de cuidado primario o a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Los miembros del Plan de Salud pueden recibir una evaluación para vincularlos con los servicios que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias de salud. Cuando es médicamente necesario, los servicios disponibles incluyen tratamiento para pacientes ambulatorios, tratamiento residencial y medicamentos para trastornos por consumo de sustancias (también llamados “medicamentos para el tratamiento de adicciones” o “MAT”), como buprenorfina, metadona y naltrexona.

El condado ofrece servicios para trastornos por consumo de sustancias a los miembros de Medi-Cal que reúnen los requisitos para recibirlos. Cuando se determina que un miembro necesita servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, se lo remite al departamento correspondiente de su condado. Para obtener una lista de los números de teléfono de todos los condados, visite https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx.

El Plan de Salud proporcionará o coordinará la administración de MAT en cuidado primario, hospitales para pacientes hospitalizados, departamentos de emergencia y otros entornos médicos.

Comuníquese con el proveedor de servicios de su condado:

Condado de Alpine

Alpine County Behavioral Health Services
40 Diamond Valley Road
Markleeville, CA 96120
1-530-694-1816, TTY 711

Condado de El Dorado

El Dorado County Behavioral Health West Slope Office
929 Spring Street
Placerville, CA 95667
(530) 621-6290, TTY 711



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Condado de San Joaquin

Substance Abuse Services Administration
630 Aurora Street Suite #1
Stockton, CA 95202
1-209-468-3800, TTY 711

Condado de Stanislaus

Stanislaus County Behavioral Health & Recovery Services
800 Scenic Drive
Modesto, CA 95350
1-888-376-6246, TTY 711

Servicios dentales

Medi-Cal Dental FFS es lo mismo que Medi-Cal FFS, pero para sus servicios dentales. Antes de recibir servicios dentales, debe mostrar su tarjeta BIC al proveedor dental. Asegúrese de que el proveedor acepte el programa FFS Dental y que usted no sea parte de un plan de cuidado controlado que cubra servicios dentales.

Medi-Cal cubre una amplia gama de servicios dentales a través de Medi-Cal Dental, que incluyen:

- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico, como exámenes, radiografías y limpiezas dentales
- Servicios de emergencia para el control del dolor
- Extracciones de dientes
- Empastes
- Tratamientos del conducto radicular (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/laboratorio)
- Raspado y alisado radicular
- Prótesis dentales completas y parciales
- Ortodoncia para niños que reúnen los requisitos
- Fluoruro tópico

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre los servicios dentales, llame a Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Dental en <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios para Niños de California

Servicios para Niños de California (CCS) es un programa de Medi-Cal. Este brinda tratamiento a niños menores de 21 años que padecen ciertas afecciones médicas, enfermedades o problemas de salud crónicos, y que cumplen con las normas del programa. Si el Plan de Salud o su PCP creen que su hijo tiene una afección elegible para CCS, lo remitirán al programa CCS del condado para verificar si reúne los requisitos.

El personal del programa CCS del condado decidirá si usted o su hijo reúnen los requisitos para recibir sus servicios. El Plan de Salud no decide la elegibilidad para CCS. Si su hijo reúne los requisitos para recibir este tipo de cuidado, los proveedores del programa tratarán la afección contemplada en el programa CCS. El Plan de Salud continuará cubriendo los tipos de servicios que no están relacionados con la afección contemplada en el programa CCS, como exámenes físicos, vacunas y exámenes para niños sanos.

El Plan de Salud no cubre los servicios que cubre el programa CCS. Servicios para Niños de California debe aprobar el proveedor, los servicios y los equipos antes de brindar la cobertura.

Servicios para Niños de California no cubre todas las afecciones médicas. El programa cubre la mayoría de las afecciones médicas que incapacitan físicamente o que necesitan tratamiento con medicamentos, cirugía o rehabilitación. Ejemplos de afecciones elegibles para CCS incluyen, entre otros:

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cáncer
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia de células falciformes
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedad hepática
- Enfermedad intestinal
- Labio leporino o paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones en ciertas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- VIH
- Lesiones graves en la cabeza, el cerebro o la médula espinal
- Quemaduras graves
- Dientes muy torcidos

Medi-Cal paga los servicios de CCS. Si su hijo no reúne los requisitos para el programa CCS, seguirá recibiendo el cuidado médicamente necesario del Plan de Salud.

Para obtener más información sobre el programa CCS, visite

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>. O llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Gastos de transporte y viaje para CCS

Es posible que pueda obtener transporte, comidas, alojamiento y otros costos como estacionamiento, peajes, etc., si usted o su familia necesitan ayuda para llegar a una cita médica relacionada con una afección elegible para CCS y no hay otro recurso disponible. Llame al Plan de Salud y solicite una aprobación previa (autorización previa) antes de pagar de su bolsillo el transporte, las comidas y el alojamiento. El Plan de Salud proporciona transporte médico no médico y no de emergencia como se indica en el capítulo 4, “Beneficios y servicios”, de este manual.

Si los gastos de transporte o viaje que usted pagó se consideran necesarios, y el Plan de Salud verifica que intentó obtener transporte a través del Plan de Salud, el Plan de Salud se los reembolsará. Debemos reembolsarle los gastos dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que presente los recibos requeridos y la prueba de los gastos de transporte.

Servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) fuera de los servicios del programa CCS

Si califica para inscribirse en una exención según 1915(c), es posible que pueda obtener servicios en el hogar y la comunidad que no estén relacionados con una afección elegible para el CCS, pero que sean necesarios para permanecer en un entorno comunitario en lugar de una institución. Por ejemplo, si necesita modificaciones en el hogar para satisfacer sus necesidades en un entorno comunitario, el Plan de Salud no puede pagar esos costos como una afección relacionada con el CCS. Pero, si está inscrito en una exención según 1915(c), las modificaciones en el hogar pueden estar cubiertas si son médicamente necesarias para evitar la institucionalización.

Exención 1915(c): servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Las 6 exenciones de Medi-Cal 1915(c) de California permiten al estado brindar servicios a personas que de otro modo necesitarían cuidado en un centro de enfermería u hospital en el entorno comunitario de su elección. Medi-Cal tiene un acuerdo con el Gobierno federal que permite ofrecer servicios de exención en un hogar privado o en un entorno comunitario hogareño. Los servicios ofrecidos en virtud de las exenciones no deben costar más que el nivel de cuidado institucional alternativo. Los beneficiarios de la exención HCBS deben reunir los requisitos para Medi-Cal completo. Algunas exenciones según 1915(c) tienen disponibilidad limitada en todo el estado de California o pueden tener una lista de espera. Las 6 exenciones según 1915(c) de Medi-Cal son:

- Exención de vida asistida de California (ALW)
- Exención del Programa de Autodeterminación de California (SDP) para personas con discapacidades del desarrollo
- Exención HCBS para californianos con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)
- Exención de alternativas en el hogar y la comunidad (HCBA)
- Programa de exención de Medi-Cal (MCWP), antes llamada “exención por virus de



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH o sida)”
- Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP)

Para obtener más información sobre las exenciones de Medi-Cal, visite <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/HCBSWaiver.aspx>. O llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) brinda asistencia de cuidado personal en el hogar como alternativa al cuidado fuera del hogar a personas calificadas y elegibles para Medi-Cal, incluidas aquellas personas mayores, ciegas o discapacitadas. El IHSS permite a los beneficiarios permanecer seguros en sus propios hogares. Su proveedor de cuidado médico debe estar de acuerdo en que usted necesita asistencia de cuidado personal en el hogar y que correría el riesgo de ser ubicado en un centro de cuidado fuera del hogar si no recibiera los servicios del IHSS. El programa IHSS también realizará una evaluación de necesidades.

Para obtener más información sobre el programa IHSS disponible en su condado, visite <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss>. O llame a la agencia local de servicios sociales de su condado.

Servicios que no puede obtener a través del Plan de Salud ni Medi-Cal

El Plan de Salud y Medi-Cal no cubren algunos servicios. Los servicios que el Plan de Salud o Medi-Cal no cubren incluyen, entre otros:

- Fertilización *in vitro* (IVF), que incluye, entre otros, estudios o procedimientos de infertilidad para diagnosticar o tratar la infertilidad
- Tratamientos para conservar la fertilidad
- Servicios experimentales
- Modificaciones en el hogar
- Modificaciones en un vehículo
- Cirugía cosmética

El Plan de Salud puede cubrir un servicio no cubierto si es médicamente necesario. Su proveedor debe presentar una solicitud de aprobación previa (autorización previa) al Plan de Salud con los motivos por los cuales el beneficio no cubierto es médicamente necesario.

Para obtener más información, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Evaluación de tecnologías nuevas y existentes

El DHCS puede evaluar y determinar la evaluación de tecnología médica para su inclusión en los paquetes de beneficios.

- Procedimientos médicos
- Procedimientos de salud del comportamiento
- Productos farmacéuticos
- Dispositivos



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

5. Niños y jóvenes sanos

Los miembros menores de 21 años, niños y jóvenes, pueden obtener servicios especiales de salud en cuanto se inscriban. Así podrán recibir el cuidado preventivo, dental y mental adecuado, incluidos los servicios especializados y del desarrollo. En este capítulo, se describen estos servicios.

Medi-Cal para Niños y Adolescentes

Se cubre gratis el cuidado necesario para los miembros menores de 21 años.

La siguiente lista incluye servicios médicamente necesarios para tratar o cuidar cualquier defecto y diagnóstico físico o mental. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Visitas de niños sanos y exámenes a adolescentes (visitas importantes que los niños necesitan).
- Vacunas.
- Evaluación y tratamiento de la salud del comportamiento.
- Evaluación y tratamiento de salud mental, incluida psicoterapia individual, grupal y familiar (los servicios especializados de salud mental o SMHS están cubiertos por el condado).
- Detección de experiencias infantiles adversas (ACE).
- Manejo mejorado del cuidado (ECM) para poblaciones de enfoque de niños y jóvenes (POF), un beneficio del plan de cuidado médico controlado (MCP) de Medi-Cal.
- Pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de sangre para detectar intoxicación con plomo.
- Educación sobre la salud y prevención.
- Servicios de la visión.
- Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental).
- Servicios de audición, cubiertos por el programa Servicios para Niños de California (CCS), para los niños que reúnen los requisitos El Plan de Salud cubrirá los servicios de los niños que no reúnan los requisitos para este programa).



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Servicios de salud en el hogar, como enfermería privada (PDN), terapia ocupacional, fisioterapia y equipos y suministros médicos.

Estos servicios se denominan Medi-Cal para Niños y Adolescentes (también conocidos como “servicios de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos” o “EPSDT”). Puede encontrar información adicional para miembros sobre Medi-Cal para Niños y Adolescentes en <https://www.dhcs.ca.gov/services/Medi-Cal-For-Kids-and-Teens/Pages/Member-Information.aspx>. Los servicios de Medi-Cal para Niños y Adolescentes recomendados por las pautas pediátricas de Bright Futures para ayudarlos a usted o a su hijo a mantenerse saludables se cubren gratis. Para leer las pautas de Bright Futures, visite https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf.

El manejo mejorado del cuidado (ECM) es un beneficio del plan de cuidado médico controlado (MCP) de Medi-Cal disponible en todos los condados de California para respaldar el manejo integral del cuidado para los miembros del MCP con necesidades complejas. Debido a que los niños y jóvenes con necesidades complejas a menudo ya reciben servicios de uno o más administradores de casos u otros proveedores de servicios dentro de un sistema de prestación fragmentado, el ECM ofrece coordinación entre sistemas. Las poblaciones de niños y jóvenes de enfoque elegibles para este beneficio incluyen:

- Niños y jóvenes desamparados
- Niños y jóvenes en riesgo de utilización evitable de hospitales o salas de emergencia
- Niños y jóvenes con graves necesidades de salud mental o trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Niños y jóvenes inscritos en Servicios para Niños de California (CCS) o en el Modelo de Niño Integral (WCM) del CCS con necesidades adicionales más allá de la afección por la que reúnen los requisitos para el programa CCS
- Niños y jóvenes del sistema de bienestar infantil

Puede encontrar información adicional sobre el ECM en <https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/ECM/Documents/ECM-Children-And-Youth-POFs-Spotlight.pdf>.

Además, se recomienda encarecidamente a los administradores principales de cuidado del ECM que evalúen a los miembros del ECM para determinar sus necesidades de servicios de apoyo comunitario proporcionados por el MCP como alternativas rentables a los servicios o entornos médicos tradicionales, y que refieran a los miembros a esos apoyos comunitarios cuando sean elegibles y estén disponibles. Los niños y jóvenes pueden beneficiarse de muchos de los servicios de apoyos comunitarios, incluido el tratamiento del asma, la orientación sobre vivienda, el alivio médico y los centros de sobriedad.

Los apoyos comunitarios son servicios proporcionados por los planes de cuidado médico controlado (MCP) de Medi-Cal y están disponibles para los miembros elegibles de Medi-Cal, independientemente de si califican para los servicios del ECM.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Puede encontrar más información sobre los apoyos comunitarios en <https://www.dhcs.ca.gov/CalAIM/Documents/DHCS-Medi-Cal-Community-Supports-Supplemental-Fact-Sheet.pdf>.

Algunos de los servicios disponibles a través de Medi-Cal para Niños y Adolescentes, como la PDN, se consideran servicios complementarios. Estos no están disponibles para miembros de Medi-Cal mayores de 21 años. Para seguir recibiendo gratis estos servicios, usted o su hijo pueden tener que inscribirse en una exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) según 1915(c) o en otros servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) al cumplir 21 años o antes. Si usted o su hijo reciben servicios complementarios a través de Medi-Cal para Niños y Adolescentes y pronto cumplirán 21 años, comuníquese con el Plan de Salud para hablar sobre las opciones de cuidado continuo.

Exámenes de salud y cuidado preventivo para niños sanos

El cuidado preventivo incluye exámenes y pruebas de detección periódicos que sirvan a su doctor para encontrar problemas a tiempo. También incluye servicios de asesoramiento para descubrir enfermedades o afecciones antes de que causen problemas. Los exámenes regulares permiten que usted o el doctor de su hijo detecten problemas. Entre ellos, trastornos médicos, dentales, de la visión, audición, salud mental o por abuso de sustancias (alcohol o drogas). El Plan de Salud cubre exámenes para detectar problemas (incluido el análisis de la concentración de plomo en la sangre) en cualquier momento que sea necesario, incluso si no es durante su examen periódico o el de su hijo.

El cuidado preventivo también incluye las vacunas que usted o su hijo necesitan. El Plan de Salud debe asegurarse de que todos los niños inscritos estén al día con todas las vacunas que necesitan cuando visiten a su doctor. Los servicios de cuidado preventivo y las pruebas de detección están disponibles gratis y sin necesidad de obtener la aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debería hacerse exámenes en estos momentos:

- De 2 a 4 días después del nacimiento
- Al mes
- A los 2 meses
- A los 4 meses
- A los 6 meses
- A los 9 meses
- A los 12 meses
- A los 15 meses
- A los 18 meses
- A los 24 meses
- A los 30 meses
- Una vez al año, desde los 3 años y hasta los 20

El examen de salud de niños sanos incluye:



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Una historia clínica completa y un examen físico de pies a cabeza.
- Vacunas apropiadas para la edad (California sigue el cronograma Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría:
https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf)
- Pruebas de laboratorio, incluidas las pruebas de sangre para detectar intoxicación con plomo.
- Educación sobre la salud.
- Exámenes de visión y audición.
- Exámenes de salud dental.
- Evaluaciones de salud del comportamiento.

Si el doctor encuentra un problema con su salud física o mental o la de su hijo durante un examen o una prueba de detección, es posible que usted o su hijo necesiten recibir otro tipo de cuidado médico. El Plan de Salud le cubrirá gratis ese cuidado, lo cual incluye:

- Doctor, enfermero profesional y cuidado hospitalario.
- Vacunas para mantenerse saludable.
- Fisioterapia, terapias del habla, del lenguaje y ocupacional.
- Servicios de salud en el hogar, como equipos médicos, suministros y aparatos.
- Tratamiento por problemas de la visión, incluidos los anteojos.
- Tratamiento de problemas de la audición, incluidos los aparatos de corrección auditiva, si no tienen la cobertura del programa Servicios para Niños de California.
- Tratamiento de salud del comportamiento para afecciones tales como trastornos del espectro autista y otras discapacidades del desarrollo.
- Manejo de cuidado y educación sobre la salud.
- Cirugía reconstructiva, que es la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades a fin de mejorar la función o crear una apariencia normal.

Pruebas de sangre para detectar intoxicación con plomo

Todos los niños inscritos en el Plan de Salud deben hacerse pruebas de detección de intoxicación con plomo en la sangre entre los 12 y 24 meses de edad o entre los 24 y 72 meses de edad si no se les hizo la prueba antes. Los niños pueden recibir una prueba de detección de plomo en sangre cuando lo solicite el padre o tutor, y también deben ser evaluados siempre que el doctor considere que un cambio de vida ha puesto al niño en riesgo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Ayuda para obtener servicios de niños y jóvenes sanos

El Plan de Salud ayudará a los miembros menores de 21 años y a sus familias a obtener los servicios que necesitan. Un coordinador de cuidado del Plan de Salud puede:

- Informar sobre servicios disponibles.
- Ofrecerle ayuda para encontrar proveedores dentro de la red o fuera de la red, cuando los necesite.
- Ayudar a programar una cita.
- Organizar el transporte médico para que los niños puedan llegar a las citas.
- Ayudar a coordinar el cuidado para los servicios que están disponibles a través de Medi-Cal de pago por servicio (FFS), por ejemplo:
 - Servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y consumo de sustancias.
 - Tratamiento para problemas dentales, como ortodoncia.

Otros servicios que puede obtener a través de Medi-Cal de pago por servicio u otros programas

Exámenes dentales

Mantenga limpias las encías de su bebé pasándoles con suavidad un paño todos los días. Entre los 4 y los 6 meses, aproximadamente, comenzará la dentición y con ella los dientes del bebé. Programe una cita para la primera consulta dental de su hijo en cuanto salga el primer diente o para la fecha de su primer cumpleaños, lo que ocurra primero.

Estos servicios dentales de Medi-Cal son gratis o de bajo costo:

Niños de 0 a 3 años

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primera consulta dental del bebé ▪ Primer examen dental del bebé ▪ Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más) ▪ Rayos X ▪ Limpieza de dientes (cada 6 meses y a veces más) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barniz de fluoruro (cada 6 meses y a veces más) ▪ Empastes ▪ Extracciones (sacar dientes) ▪ Servicios dentales de emergencia ▪ Sedación (si es médicamente necesaria)* |
|--|--|



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Niños de 4 a 12 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- Rayos X
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses y a veces más)
- Limpieza de dientes (cada 6 meses y a veces más)
- Sellador en molares
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Extracciones (sacar dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- Sedación (si es médicamente necesaria)*

Jóvenes de 13 a 20 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses y a veces más)
- Rayos X
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses y a veces más)
- Limpieza de dientes (cada 6 meses y a veces más)
- Ortodoncia (aparatos) para quienes reúnan los requisitos.
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Dentaduras postizas parciales y completas
- Raspado y alisado radicular
- Extracciones (sacar dientes)
- Servicios dentales de emergencia
- Sedación (si es médicamente necesaria)*

* Los proveedores deberían considerar la sedación y la anestesia general cuando determinen y documenten una razón por la que la anestesia local no es médicamente apropiada y el tratamiento dental está preaprobado o no necesita aprobación previa (autorización previa).

Estas son algunas de las razones por las que no se puede utilizar anestesia local y en su lugar se puede utilizar sedación o anestesia general:

- Afección física, del comportamiento, del desarrollo o emocional que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento.
- Procedimientos restauradores o quirúrgicos mayores.
- Niño que no coopera.
- Infección aguda en el lugar de la inyección.
- Fallo de un anestésico local para controlar el dolor.

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). O visite <https://smilecalifornia.org/>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Servicios adicionales de remisiones para educación preventiva

Si le preocupa que su hijo no participe ni aprenda bien en la escuela, hable con el doctor, los maestros o los administradores de la escuela de su hijo. Además de los beneficios médicos cubiertos por el Plan de Salud, la escuela debe ofrecer algunos servicios para ayudar a su hijo a aprender y a no atrasarse. Los servicios que se pueden proporcionar para ayudar a su hijo a aprender incluyen:

- Servicios del habla y del lenguaje
- Servicios psicológicos
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Tecnología de asistencia
- Servicios de trabajo social
- Servicios de asesoramiento
- Servicios de enfermería escolar
- Transporte desde y hacia la escuela

El Departamento de Educación de California proporciona y paga estos servicios. Junto con los doctores y maestros de su hijo, es posible que pueda elaborar un plan personalizado que ayude mejor a su hijo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

6. Informe y resolución de problemas

Existen dos formas de informar y resolver problemas:

- Recorra a la **queja (queja formal)** cuando tenga un problema o no esté conforme con el Plan de Salud o un proveedor, o con el cuidado médico o el tratamiento que recibió de un proveedor.
- Recorra a una **apelación** cuando no esté de acuerdo con la decisión del Plan de Salud de cambiar sus servicios o no cubrirlos.

Tiene derecho a presentar quejas formales y apelaciones al Plan de Salud para informarnos su problema. Si lo hace, no perderá ninguno de sus derechos ni recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias contra usted por presentarnos una queja o informar problemas. Informarnos sobre su problema nos ayudará a mejorar el cuidado para todos los miembros.

Puede comunicarse con el Plan de Salud primero para informarnos sobre su problema. Llámenos entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes, al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Díganos qué problema tiene.

Si su queja formal o apelación sigue sin resolverse después de 30 días, o si no está conforme con el resultado, puede llamar al Departamento de Cuidado Médico Controlado de California (DMHC). Pídale al Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC) que revise su queja o realice una revisión médica independiente (IMR). Si su asunto es urgente, como aquellos que involucran una amenaza grave a su salud, puede llamar al DMHC de inmediato sin presentar primero una queja formal o apelación al Plan de Salud. Puede llamar gratis al DMHC, al 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o 711). O visite: <https://www.dmhc.ca.gov>.

La Oficina de Defensoría para los Servicios de Cuidado Controlado de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California también puede ayudarlo. Lo guiará si tiene problemas para inscribirse en un plan de salud, cambiar de plan o dejar un plan de salud. También puede ayudarlo si se mudó y no puede transferir la cobertura de Medi-Cal al nuevo condado. Puede llamar a la Oficina de Defensoría de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., al 1-888-452-8609. La llamada es gratis.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Además, puede presentar una queja formal sobre el cumplimiento de requisitos para Medi-Cal a la oficina correspondiente de su condado. Si no está seguro sobre a quién puede presentar la queja formal, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Si quiere informar que hay datos incorrectos sobre su seguro médico, llame a Medi-Cal de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., al 1-800-541-5555.

Quejas

Una queja (queja formal) es un recurso para cuando usted tiene un problema o no está conforme con los servicios que recibe del Plan de Salud o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una queja. Puede presentar una queja ante el Plan de Salud en cualquier momento por teléfono, por escrito, por correo o en línea. Su representante o proveedor autorizado también puede presentar una queja por usted con su permiso.

- **Por teléfono:** Llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, entre las 8 a. m. y las 5 p. m. Indique su número de identificación del Plan de Salud, su nombre y el motivo de la queja.
- **Por correo postal:** Llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, y solicite que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan de salud y la razón de la queja. Infórmenos qué pasó y cómo podemos ayudarlo.

Envíelo por correo a la siguiente dirección:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

El consultorio de su doctor tendrá formularios de queja.

- **En línea:** Vaya al sitio web del Plan de Salud en www.hpsj-mvhp.org.

Si necesita ayuda para presentar su queja, podemos ayudarlo. Podemos ofrecerle servicios de idiomas gratis. Llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Dentro de los 5 días calendario de recibir su queja, el Plan de Salud le enviará una carta para informarle que la recibimos. Dentro de los 30 días, le enviaremos otra carta para informarle cómo resolvimos el problema. Si llama al Plan de Salud por una queja formal que no se trata de cobertura de cuidado médico, necesidad médica o tratamiento experimental o de investigación, y la queja formal se resuelve al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si tiene un asunto urgente que involucra un problema de salud grave, comenzaremos una revisión acelerada (rápida). Le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Para solicitar una revisión acelerada, llámenos al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su queja, decidiremos cómo manejaremos su queja y si la aceleraremos. Si determinamos que no aceleraremos su queja, le informaremos que la resolveremos dentro de los 30 días. Puede comunicarse con el DMHC directamente por cualquier motivo, incluso si cree que su inquietud reúne los requisitos para una revisión acelerada o si el Plan de Salud no le responde dentro del período de 72 horas.

Las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de queja formal del Plan de Salud ni reúnen los requisitos para una revisión médica independiente. Los miembros pueden presentar quejas sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx si llaman al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprimen 7 o marcan 711. O vaya a <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Las quejas relacionadas con beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx podrían reunir los requisitos para una revisión médica independiente. El número de teléfono gratis del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). En el sitio web del DMHC, <https://www.dmhc.ca.gov/>, puede encontrar los formularios de queja o de solicitud de revisión médica independiente e instrucciones en línea.

Apelaciones

Una apelación es diferente de una queja. Una apelación es una solicitud para que el Plan de Salud revise y cambie una decisión que tomamos sobre sus servicios. Puede solicitar una apelación si le enviamos una carta llamada Aviso de Acción (NOA), en la que le informamos que rechazamos, retrasamos o cambiamos un servicio, o que ya no lo prestaremos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión. Su representante autorizado o el proveedor también pueden solicitarnos una apelación para usted con su permiso por escrito.

Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha del Aviso de Acción (NOA) que recibió del Plan de Salud. Si decidimos reducir, suspender o interrumpir un servicio que está recibiendo, puede continuar recibéndolo mientras espera la decisión sobre la apelación. Esto se llama “pago de ayuda pendiente”. Para obtener este pago, debe solicitarnos una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha del Aviso de Acción o antes de la fecha de interrupción de los servicios, lo que suceda después. Cuando solicita una apelación en estas circunstancias, su servicio continuará mientras espera que se decida la apelación.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito, por correo o en línea:

- **Por teléfono:** Llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, entre las 8 a. m. y las 5 p. m. Brinde su nombre, el número de identificación del plan de salud y el servicio por el que presenta la apelación.
- **Por correo postal:** Llame al Plan de Salud al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, y solicite que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, complételo. Asegúrese de incluir su nombre, el número de identificación del plan de salud y el servicio por el que presenta la apelación.

Envíelo por correo a la siguiente dirección:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

En el consultorio de su doctor, hay formularios de apelación disponibles.

- **En línea:** Visita el sitio web del Plan de Salud. Vaya a www.hpsj-mvhp.org.

Si necesita asistencia para solicitar una apelación o con el pago de ayuda pendiente, podemos hacerlo. Podemos ofrecerle servicios de idiomas gratis. Llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Dentro de los 5 días de recibir su apelación, el Plan de Salud le enviará una carta para informarle que la recibimos. Y dentro de los 30 días, le informaremos nuestra decisión al respecto y le enviaremos una carta llamada Aviso de Resolución de Apelación (NAR). Si no le informamos nuestra decisión de apelación dentro de los 30 días, puede solicitar una audiencia estatal al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y una revisión médica independiente (IMR) del DMHC.

Pero, si usted solicita primero una audiencia estatal, y la audiencia para abordar sus problemas específicos ya se ha llevado a cabo, no puede solicitar una IMR al DMHC sobre los mismos problemas. En este caso, en la audiencia estatal se toma la decisión definitiva. Pero sí puede presentar una queja ante el DMHC si sus problemas no califican para una IMR, incluso si la audiencia estatal ya se llevó a cabo.

Si usted o su doctor desean que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que lleva decidir su apelación pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). Para solicitar una revisión acelerada, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Decidiremos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Qué puede hacer si no está de acuerdo con una decisión de apelación

Si solicitó una apelación y recibió una carta de Aviso de Resolución de Apelación en la que le informamos que no cambiamos nuestra decisión, o si nunca recibió esta carta con nuestra decisión y ya han pasado 30 días, puede:

- Solicite una **audiencia estatal** al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), y un juez revisará su caso. El número de teléfono gratis del CDSS es 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349). También puede solicitar una audiencia estatal en <https://www.cdss.ca.gov>. Puede encontrar más formas de solicitar una audiencia estatal en “Audiencias estatales” más adelante en este capítulo.
- Presentar un formulario de queja o revisión médica independiente al Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC) para que se revise la decisión del Plan de Salud. Si su queja reúne los requisitos para el proceso de revisión médica independiente (IMR) del DMHC, un doctor externo que no forma parte del Plan de Salud revisará su caso y tomará una decisión que el Plan de Salud debe seguir. El número de teléfono gratis del DMHC es 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891). Puede encontrar el formulario de IMR o queja e instrucciones en línea en el sitio web del DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov>.

No deberá pagar la audiencia estatal ni la IMR.

Tiene derecho tanto a una audiencia estatal como a una IMR. Pero si usted solicita primero una audiencia estatal, y la audiencia ya se realizó para abordar sus problemas específicos, no puede solicitar una IMR sobre los mismos problemas ante el DMHC. En este caso, en la audiencia estatal se toma la decisión definitiva. Pero sí puede presentar una queja ante el DMHC si los problemas no califican para una IMR, incluso si la audiencia estatal ya se llevó a cabo.

En las siguientes secciones tiene más información sobre cómo solicitar una audiencia estatal o una IMR.

El Plan de Salud no maneja las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx si llama al 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) y oprime 7 o marca 711. Las quejas y las apelaciones relacionadas con beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx podrían reunir los requisitos para una revisión médica independiente (IMR) del DMHC.

Si usted no está de acuerdo con una decisión relacionada con sus beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx, puede solicitar una audiencia estatal. No puede solicitarle al DMHC una IMR para decisiones sobre beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Quejas y revisiones médicas independientes manejadas por el Departamento de Cuidado Médico Controlado (DMHC)

Una revisión médica independiente (IMR) ocurre cuando un doctor externo que no está relacionado con el Plan de Salud revisa su caso. Si desea una IMR, primero debe presentar una apelación ante el Plan de Salud para inquietudes no urgentes. Si no recibe noticias del Plan de Salud dentro de los 30 días calendario, o si no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud, usted puede solicitar una IMR. Debe solicitar una IMR dentro de los 6 meses a partir de la fecha del aviso en el que le informamos la decisión de apelación, pero solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal. Por lo tanto, si quiere tener la posibilidad de solicitar una IMR y una audiencia estatal, presente su queja lo antes posible.

Recuerde, si solicita primero una audiencia estatal, y la audiencia para abordar sus problemas específicos ya se realizó, no puede solicitar una IMR al DMHC sobre los mismos problemas. En este caso, en la audiencia estatal se toma la decisión definitiva. Pero sí puede presentar una queja ante el DMHC si los problemas no califican para una IMR, incluso si la audiencia estatal ya se llevó a cabo.

Es posible que pueda obtener una IMR de inmediato sin presentar primero una apelación al Plan de Salud. Esto es en los casos en los que su problema de salud es urgente, como aquellos que implican una amenaza grave para su salud.

Si la queja que presentó al DMHC no reúne los requisitos para una IMR, el DMHC la revisará para asegurarse de que el Plan de Salud haya tomado la decisión correcta cuando usted apeló su denegación de servicios.

El Departamento de Cuidado Médico Controlado de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicio de cuidado médico. Si tiene una queja formal contra el Plan de Salud, debe llamar primero a su plan al **1-888-936-PLAN (7526)**, **TTY 711**, y usar el proceso de quejas formales del Plan de Salud antes de comunicarse con el departamento. Recurrir a este proceso de quejas formales no le quita ningún derecho ni recurso legal que esté a su disposición. Llame al departamento si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, una queja formal que no haya sido resuelta de manera satisfactoria por el plan de salud o que haya permanecido sin resolverse durante más de 30 días. También puede reunir los requisitos para una IMR. En este caso, el proceso consistirá en una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas en el plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o un tratamiento propuestos; decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación; y disputas por pagos de servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

personas con discapacidad auditiva y del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov/, hay formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

Audiencias estatales

Una audiencia estatal es una reunión con el Plan de Salud y un juez del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). El juez le ayudará a resolver su problema y decidirá si el Plan de Salud tomó la decisión correcta o no. Usted tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si ya solicitó una apelación al Plan de Salud y aún no está conforme con la decisión, o si no ha recibido una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe solicitar una audiencia estatal dentro de los 120 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Resolución de Apelación. Si nosotros le brindamos pago de ayuda pendiente durante la apelación y quiere que continúe hasta tener el resultado de la audiencia estatal, debe solicitarlo dentro de los 10 días posteriores a recibir el Aviso de Resolución de Apelación o antes de la fecha de interrupción de los servicios, lo que suceda después.

Si necesita ayuda para asegurarse de que el pago de ayuda pendiente continúe hasta tener la decisión final de la audiencia estatal, comuníquese con el Plan de Salud entre las 8 a. m. y las 5 p. m. llamando al 1-888-936-PLAN (7526). Si tiene dificultad para oír o hablar, llame al TTY 711. Su representante autorizado o el proveedor pueden solicitarnos una audiencia estatal para usted con su permiso por escrito.

En algunos casos, es posible solicitar una audiencia estatal sin completar el proceso de apelación.

Por ejemplo, si el Plan de Salud no le envía los avisos sobre sus servicios en forma correcta o en los plazos correspondientes, usted puede solicitar una audiencia estatal sin tener que completar el proceso de apelación. En estos casos, el proceso se considera “agotado”. Estos son algunos ejemplos en los que se considera agotado el proceso:

- No enviamos la carta de Aviso de Acción o de Aviso de Resolución de Apelación en su idioma preferido.
- Cometimos un error que afecta alguno de sus derechos.
- No le enviamos la carta de Aviso de Acción.
- No le enviamos la carta de Aviso de Resolución de Apelación.
- Nos equivocamos en el Aviso de Resolución de Apelación.
- No tomamos una decisión sobre la apelación en el plazo de 30 días.
- Decidimos que su caso es urgente, pero no respondemos la apelación en el plazo de 72 horas.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Puede solicitar una audiencia estatal de estas maneras:

- **Por teléfono:** Llame a la División de Audiencias Estatales del CDSS al 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 o 711).
- **Por correo postal:** Complete el formulario que le enviamos con el Aviso de Resolución de Apelación.
Envíelo por correo a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 09-17-433
Sacramento, CA 94244-2430
- **En línea:** Solicite una audiencia en www.cdss.ca.gov.
- **Por correo electrónico:** Complete el formulario que vino con su Aviso de Resolución de Apelación y envíelo por correo electrónico a Scopeofbenefits@dss.ca.gov.
 - Nota: Si lo envía por correo electrónico, tenga en cuenta que existe el riesgo de que alguien ajeno a la División de Audiencias Estatales pueda interceptarlo. Considere utilizar un método más seguro para enviar su solicitud.
- **Por fax:** Complete el formulario que vino con su Aviso de Resolución de Apelación y envíelo por fax a la División de Audiencias Estatales al 916-309-3487 o gratis al 1-833-281-0903.

Si necesita asistencia para solicitar una audiencia estatal, podemos ayudarlo. Podemos ofrecerle servicios de idiomas gratis. Llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

En la audiencia, le dirá al juez por qué no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud. El Plan de Salud le dirá al juez cómo se tomó nuestra decisión. El juez puede demorar hasta 90 días en tomar una decisión sobre el caso. El Plan de Salud debe cumplir con lo que decida el juez.

Si desea que el CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que lleva tener una audiencia estatal pondría en peligro su vida, su salud o su capacidad para funcionar plenamente, usted, su representante autorizado o su proveedor pueden comunicarse con el CDSS y solicitar una audiencia estatal acelerada (rápida). El CDSS debe tomar una decisión a más tardar 3 días hábiles después de recibir el expediente completo de su caso del Plan de Salud.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Fraude, derroche o abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que tiene Medi-Cal ha cometido fraude, derroche o abuso, tiene derecho a denunciarlos. Llame al número gratis y confidencial 1-800-822-6222 o presente una queja en <https://www.dhcs.ca.gov/>.

El fraude, el derroche y el abuso por parte de los proveedores incluye:

- Falsificar registros médicos.
- Recetar más medicamentos de los que son médicamente necesarios.
- Brindar más servicios de cuidado médico de los que son médicamente necesarios.
- Facturar servicios que no se prestaron.
- Facturar servicios profesionales cuando el profesional no prestó el servicio.
- Ofrecer objetos y servicios gratis o con descuento a los miembros para influir en qué proveedor seleccionan.
- Cambiar el proveedor primario del miembro sin que el miembro lo sepa.

El fraude, el derroche y el abuso por parte de una persona que recibe beneficios incluye, por ejemplo:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan de salud o una tarjeta de identificación para beneficios de Medi-Cal a otra persona.
- Recibir tratamientos o medicamentos similares o iguales de más de un proveedor.
- Acudir a una sala de emergencia cuando no se trata de una emergencia.
- Usar el número de Seguro Social o el número de identificación del plan de salud de otra persona.
- Tomar viajes de transporte médico y no médico para servicios no relacionados con el cuidado médico, para servicios no cubiertos por Medi-Cal o cuando no hay una cita médica o recetas que recoger.

Para denunciar fraude, derroche o abuso, escriba el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que cometió el fraude, el derroche o el abuso. Brinde toda la información que pueda sobre la persona, como el número de teléfono o la especialidad si se trata de un proveedor. Incluya las fechas de los acontecimientos y un resumen de lo que sucedió exactamente.

Envíe la denuncia a la siguiente dirección:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
 Attention: Program Integrity Unit/FWA
 7751 South Manthey Road
 French Camp, CA 95231

Línea directa de cumplimiento: 1-855-400-6002, TTY 711



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
 Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

7. Derechos y responsabilidades

Como miembro del Plan de Salud, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. En este capítulo, se explican estos derechos y responsabilidades. Este capítulo también incluye avisos legales que usted tiene derecho a recibir como miembro del Plan de Salud.

Sus derechos

Estos son sus derechos como miembro del Plan de Salud:

- Ser tratado con respeto y dignidad, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica, como su historial médico, su afección o tratamiento mental y físico y su salud reproductiva o sexual.
- Recibir información sobre el Plan de Salud y sus servicios, incluidos los servicios cubiertos, los proveedores, los profesionales, y los derechos y las responsabilidades de los miembros.
- Obtener información escrita para miembros completamente traducida a su idioma preferido, incluidos todos los avisos sobre quejas formales y apelaciones.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros del Plan de Salud.
- Poder elegir un proveedor primario dentro de la red del Plan de Salud.
- Tener acceso oportuno a los proveedores de la red.
- Participar en las decisiones sobre su cuidado médico con los proveedores, e incluso rechazar un tratamiento.
- Presentar quejas formales, ya sea de forma verbal o escrita, sobre la organización o el cuidado recibido.
- Conocer el motivo médico de la decisión del Plan de Salud de rechazar, retrasar, cancelar o cambiar una solicitud de cuidado médico.
- Recibir coordinación del cuidado.
- Apelar las decisiones de rechazar, aplazar o limitar servicios o beneficios.
- Obtener servicios gratuitos de interpretación y traducción en su idioma.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
 La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
 Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Recibir ayuda legal gratis en su oficina local de asistencia legal u otros grupos.
- Redactar directivas anticipadas de cuidado médico.
- Solicitar una audiencia estatal si se rechaza un servicio o beneficio y ya ha presentado una apelación al Plan de Salud y aún no está conforme con la decisión, o si no ha recibido una decisión sobre su apelación después de 30 días con información sobre cuándo es posible una audiencia acelerada.
- Anular su inscripción (cancelarla) en el Plan de Salud y cambiarse a otro plan de salud del condado previa solicitud.
- Acceder a los servicios sin consentimiento para menores.
- Recibir gratis la información escrita para miembros en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) a pedido y de manera oportuna y apropiada en relación con el formato solicitado, y de acuerdo con la sección 14182 (b)(12) del Código de Instituciones y Bienestar (W&I).
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, medida disciplinaria, por conveniencia o como represalia.
- Conversar con sinceridad sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles, presentadas de una manera apropiada para su afección y capacidad de comprensión, independientemente del costo o la cobertura.
- Tener acceso a sus registros médicos, recibir una copia de estos y solicitar su enmienda o corrección, conforme a las secciones 164.524 y 164.526 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR).
- Ejercer con libertad estos derechos sin que se perjudique el tratamiento que recibe del Plan de Salud, los proveedores o el estado.
- Tener acceso a servicios de planificación familiar, centros de parto independientes, centros de salud aprobados por el gobierno federal, proveedores del Servicio de Salud para Indígenas, servicios de obstetricia, centros rurales de salud, servicios para enfermedades de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red del Plan de Salud, de acuerdo con la ley federal.

Sus responsabilidades

Los miembros del Plan de Salud tienen estas responsabilidades:

- Estar familiarizados y hacer preguntas sobre la cobertura del plan de salud. Si tiene preguntas, debería comunicarse con Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
- Seguir los consejos y procedimientos de cuidado indicados por sus doctores, el Plan de Salud y el programa.
- Solicitar servicios de intérpretes por lo menos cinco (5) días hábiles antes de la cita programada.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Llamar a su doctor o a la farmacia por lo menos tres (3) días antes de que se le acabe el medicamento.
- Tratar a sus doctores y a todo su personal con respeto. Esto incluye llegar a tiempo a las citas y llamar para reprogramarlas o cancelarlas.
- Comprender que el consultorio del doctor podría tener asientos solo para pacientes y cuidadores.
- Brindar información precisa al personal profesional, seguir las instrucciones y cooperar con los proveedores, el Plan de Salud, el consultorio del doctor y cualquier otro profesional para recibir el mejor cuidado posible.
- Comprender sus problemas de salud y colaborar con el doctor para fijar objetivos de tratamiento de común acuerdo.
- Hacerle preguntas a su doctor si no entiende lo que le dice.
- Cuidar su propia salud. Llevar un estilo de vida saludable, hacer ejercicio, tener una buena dieta y no fumar.
- Evitar contagiar, a propósito, una enfermedad a otras personas.
- Informar cualquier irregularidad o fraude al Plan de Salud.
- Entender que hay riesgos al recibir cuidado médico y límites en relación con lo que se puede hacer médicamente por usted.
- Entender que el deber de un doctor de cuidado médico es ser eficiente y justo en el cuidado que tanto usted como otros pacientes reciben.

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. El Plan de Salud cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles. El Plan de Salud no discrimina ilegalmente, ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género ni orientación sexual.

El Plan de Salud proporciona:

- Ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a que puedan comunicarse mejor, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma primario no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan de Salud entre las 8 a. m. y las 5 p. m. llamando al 1-888-936-PLAN (7526). O, si tiene dificultad para oír o hablar, llame al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.

Cómo presentar una queja formal

Si cree que el Plan de Salud no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal al Director de Equidad Sanitaria del Plan de Salud. Puede presentar una queja formal por escrito por correo, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Director de Equidad Sanitaria del Plan de Salud entre las 8 a. m. y las 5 p. m. llamando al 1-888-936-PLAN (7526). O, si no puede oír o hablar bien, llame al 711 para utilizar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por correo postal:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
Attention: Health Equity Officer
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231
- **En persona:** Visite el consultorio de su doctor o las oficinas del Plan de Salud y diga que quiere presentar una queja formal.
- **En línea:** Visite el sitio web del Plan de Salud en www.hpsj-mvhp.org.

Oficina de Derechos Civiles (Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California)

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California (DHCS) por teléfono, por escrito, por correo o en línea:

- **Por teléfono:** Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultad para oír o hablar, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por correo postal:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

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



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Los formularios de queja están disponibles en https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Oficina de Derechos Civiles (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos)

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultad para oír o hablar, llame al TTY 1-800-537-7697 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por correo postal:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **En línea:** Visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>.

Cómo participar como miembro

El Plan de Salud quiere saber su opinión. Cada dos meses, el Plan de Salud tiene reuniones para hablar sobre qué está funcionando bien y cómo el Plan de Salud puede mejorar. Invitamos a los miembros a asistir. ¡Venga a una reunión!

Comité Asesor de la Comunidad del Plan de Salud

El Plan de Salud tiene un grupo llamado Comité Asesor de la Comunidad (CAC). Este grupo está compuesto por miembros del Plan de Salud. Unirse a este grupo es voluntario. El grupo evalúa cómo mejorar las políticas del Plan de Salud y es responsable de:

- Servicios y programas culturalmente apropiados
- Prioridades en materia de educación y divulgación sobre la salud
- Resultados de la encuesta de satisfacción



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Revisión y recomendaciones de materiales y comunicaciones
- Desarrollo y evaluación de redes de proveedores
- Recursos e información de la comunidad
- Contribución a las políticas y la toma de decisiones
- Desarrollo y actualización de políticas y procedimientos culturales y lingüísticos
- Resultados de la evaluación de las necesidades de la población
- Sistemas de prestación de servicios de salud
- Servicios subcontratados
- Coordinación del cuidado
- Equidad en salud
- Accesibilidad de los servicios

Si desea formar parte de este grupo, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.

Aviso sobre las leyes

Existen muchas leyes que se aplican a este Manual para Miembros. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este manual. Las principales leyes que se aplican a este manual son las leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales.

Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura de salud y recuperación por responsabilidad civil

El programa Medi-Cal sigue las leyes y regulaciones estatales y federales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado médico para los miembros. El Plan de Salud tomará todas las medidas razonables para asegurarse de que el programa Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

Los miembros de Medi-Cal pueden tener otra cobertura de salud (OHC), también conocida como “seguro de salud privado”. Como condición de elegibilidad para Medi-Cal, debe solicitar o conservar cualquier OHC disponible cuando sea gratis.

Conforme a las leyes federales y estatales, los miembros de Medi-Cal deben informar la OHC existente y los cambios que hagan en esta. Es posible que tenga que reembolsar al DHCS cualquier beneficio pagado por error si no informa la OHC rápidamente. Presente información sobre su OHC en <http://dhcs.ca.gov/OHC>.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Si no tiene acceso a Internet, puede informar sobre OHC al Plan de Salud llamando al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. Alternativamente, puede llamar al Centro de Procesamiento de OHC del DHCS al 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077 o 711) o al 1-916-636-1980.

El Departamento de Servicios de Cuidado Médico de California (DHCS) tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar un reembolso por los servicios cubiertos por Medi-Cal para los cuales Medi-Cal no es el pagador principal. Por ejemplo, si usted resulta lesionado en un accidente automovilístico o en el trabajo, el seguro de automóvil o de indemnización a trabajadores puede tener que pagar primero su cuidado médico, o reembolsar a Medi-Cal si Medi-Cal paga.

Si está lesionado, y otra persona es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben notificar al DHCS dentro de los 30 días de presentar una acción legal o un reclamo. Envíe la notificación en línea a:

- Programa de Lesiones Personales en <https://dhcs.ca.gov/PIForms>
- Programa de Recuperación de Indemnización a Trabajadores en <https://dhcs.ca.gov/WC>

Para obtener más información, visite el sitio web de la División de Recuperación y Responsabilidad de Terceros del DHCS en <https://dhcs.ca.gov/tplrd> o llame al 1-916-445-9891.

Aviso sobre la recuperación del patrimonio

El programa Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los patrimonios testamentarios de ciertos miembros fallecidos por los beneficios de Medi-Cal recibidos al cumplir 55 años o después. El reembolso incluye primas de pago por servicio (FFS) y cuidado controlado o pagos capitados por servicios de centros de enfermería, servicios domiciliarios y comunitarios, y servicios hospitalarios y de medicamentos con receta relacionados recibidos cuando el miembro estaba internado en un centro de enfermería o estaba recibiendo servicios domiciliarios y comunitarios. El reembolso no puede exceder el valor del patrimonio testamentario de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web del Programa de Recuperación de Patrimonio del DHCS en <https://dhcs.ca.gov/er> o llame al 1-916-650-0590.

Aviso de Acción

El Plan de Salud le enviará una carta de Aviso de Acción (NOA) cada vez que el Plan de Salud rechace, retrase, cancele o modifique una solicitud de servicios de cuidado



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

médico. Si no está de acuerdo con la decisión del Plan de Salud, siempre puede presentar una apelación al Plan de Salud. Vaya a la sección “Apelaciones” en el capítulo 6 de este manual para obtener información importante sobre cómo presentar su apelación. Si el Plan de Salud le envía un Aviso de Acción, le dirá todos los derechos que tiene si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

Contenido de los avisos

Si el Plan de Salud basa las denegaciones, demoras, modificaciones, terminaciones, suspensiones o reducciones de sus servicios total o parcialmente en la necesidad médica, su NOA debe contener lo siguiente:

- Una declaración de la acción que pretende emprender el Plan de Salud.
- Una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión del Plan de Salud.
- Cómo tomó la decisión el Plan de Salud, incluidas las normas que utilizó.
- Los motivos médicos de la decisión. El Plan de Salud debe indicar claramente cómo su afección no cumple con las reglas o pautas.

Traducciones

El Plan de Salud debe traducir completamente y proporcionar información escrita a los miembros en los idiomas preferidos comunes, incluidos todos los avisos de sobre quejas formales y apelaciones.

El aviso completamente traducido debe incluir el motivo médico de la decisión del Plan de Salud de denegar, retrasar, modificar, terminar, suspender o reducir una solicitud de servicios de cuidado médico.

Si no está disponible la traducción a su idioma preferido, el Plan de Salud debe ofrecerle ayuda verbal en su idioma preferido para que pueda comprender la información que recibe.

Aviso de prácticas de privacidad

Se encuentra disponible una declaración que describe las políticas y procedimientos del Plan de Salud para preservar la confidencialidad de la información médica y personal, y se le entregará si la solicita.

Si tiene la edad y la capacidad para dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales, no es necesario que obtenga la autorización de ningún otro miembro para obtener servicios confidenciales ni para presentar un reclamo por servicios confidenciales. Puede leer más sobre los servicios confidenciales en la sección “Cuidado confidencial” de este manual.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Puede solicitar al Plan de Salud que envíe comunicaciones sobre servicios confidenciales a otra dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono que usted elija. Esto se denomina “solicitud de comunicaciones confidenciales”. Si usted da su consentimiento para recibir cuidado, el Plan de Salud no brindará información sobre sus servicios de cuidado confidencial a ninguna otra persona sin su permiso por escrito. Si no proporciona una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono, el Plan de Salud enviará comunicaciones en su nombre a la dirección o al número de teléfono registrados.

El Plan de Salud cumplirá con sus solicitudes de recibir comunicaciones confidenciales en la forma y formato que solicitó. O nos aseguraremos de que sus comunicaciones sean fáciles de realizar en la forma y formato que solicitó. Las enviaremos a una ubicación alternativa de su elección. Su solicitud de comunicaciones confidenciales dura hasta que la cancele o envíe una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

A continuación se incluye la declaración del Plan de Salud sobre sus políticas y procedimientos para proteger la información médica y personal (llamada “Aviso de prácticas de privacidad”).

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y personal, incluida información sobre su raza/etnia, idioma, identidad de género y orientación sexual. Este aviso también le indica cómo puede obtener acceso a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

<p>Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos, y otra información de salud suya que tengamos. Consúltenos cómo hacerlo. ▪ Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamos, por lo general, dentro de los 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en los costos.
<p>Pedirnos que corrijamos registros de salud y de reclamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. ▪ Consúltenos cómo hacerlo. Podríamos rechazar su solicitud; sin embargo, le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

<p>Solicitar comunicaciones confidenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en una forma específica (por ejemplo: a su teléfono particular o laboral), o por correo a una dirección diferente. ▪ Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos indica que estaría en peligro debido a nuestro rechazo. ▪ Procesaremos todos los cambios en las comunicaciones confidenciales que usted pida dentro de los 7 días calendario a partir de la fecha en que reciba la solicitud a través de un medio electrónico o telefónico, y dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que reciba la solicitud a través de un correo de primera clase. Le enviaremos una carta que acuse recibo de su solicitud. ▪ Si usted es una persona mayor con discapacidad (SPD) y tiene una incapacidad física o mental, no necesita completar un formulario de autorización.
<p>Pedir que limitemos la información personal que usamos o compartimos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. ▪ No estamos obligados estar de acuerdo con su solicitud, y es posible que la rechacemos si afecta su cuidado.
<p>Obtener una lista de todos aquellos con los que hemos compartido información</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede pedir una lista (descripción) de las veces en las que hemos compartido sus datos de salud durante los seis años previos a la fecha en la que usted lo pide, a quién se la hemos enviado y por qué. ▪ Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Brindaremos una descripción anual gratis, pero cobraremos una tarifa razonable que se base en los costos si pide otra dentro de los 12 meses.
<p>Obtener una copia de este aviso de privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si había acordado recibirlo por vía electrónica. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.
<p>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si le ha dado a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. ▪ Nos cercioraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos medidas.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

<p>Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted puede quejarse si cree que se han violado sus derechos. Contáctenos a través de los datos que figuran en la última página. ▪ Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW Room 509F HHH Building, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6755 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. ▪ No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.
<p>Solicitar que su información de salud sea enviada a la aplicación de su elección</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las reglas de interoperabilidad requieren que proporcionemos hasta cinco años de ciertos datos de cuidado médico cuando usted nos lo solicita directamente a nosotros o a través de una aplicación de terceros. ▪ Cuando lo solicita a través de una aplicación de terceros, el Plan de Salud se reserva el derecho de aprobar la aplicación de terceros basándose en un análisis de seguridad. ▪ Puede realizar esta solicitud directamente con nosotros accediendo al formulario de solicitud de acceso a información de salud en línea (hpsj.com), por teléfono a un representante de Servicio al Cliente o presentándose sin cita previa. ▪ Debe completar todo el formulario y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina del Plan de Salud ubicada en 7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231. También puede enviar el formulario por fax al (209) 461-2550 o enviarlo al Plan de Salud a través de un correo electrónico seguro. ▪ No somos responsables de la aplicación de terceros que usted seleccione y no somos responsables de sus datos una vez transferidos a la aplicación de terceros según su solicitud.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre qué compartir. Si tiene una preferencia clara respecto de la manera en la que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, avísenos. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago del cuidado médico.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

- Compartamos información en situaciones de ayuda ante catástrofes.

Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, porque está inconsciente), es posible que de todos modos compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesaria para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.

No compartiremos ni utilizaremos su información de las siguientes maneras sin su permiso por escrito:

- Utilizar su información para fines de marketing.
- Vender su información.
- Utilizar raza/etnia, idioma, identidad de género u orientación sexual para tomar decisiones de suscripción, denegación de cobertura o beneficios o exigirle que renuncie a sus derechos de inscribirse o estar cubierto por el Plan de Salud.
- Divulgar su información médica o personal sobre servicios de aborto si la solicitud proviene de otro estado, incluso si se trata de una citación. Usted está protegido por la Ley de Privacidad Reproductiva de California.
- Divulgar información médica o personal de niños que reciben cuidado médico de afirmación de género o cuidado de salud mental en respuesta a cualquier citación civil, extranjera o acción fuera del estado.
- Compartir su información sobre servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, el trastorno por uso de sustancias, el cuidado de afirmación de género y la violencia de pareja.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud en general?

En general, usamos o compartimos su información de salud para lo siguiente:

<p>Ayuda para manejar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando. 	<p><i>Ejemplo: Un doctor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento a fin de que podamos organizar servicios adicionales.</i></p>
<p>Dirección de nuestra organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. 	<p><i>Ejemplo: Usamos su información de salud a fin de desarrollar mejores servicios para usted.</i></p>



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

	<ul style="list-style-type: none"> No estamos autorizados a usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio que esta tendrá. Esto no se aplica a planes de cuidado a largo plazo. 	
Pago de sus servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos sus servicios. 	<i>Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago del tratamiento dental.</i>
Administración de su plan	<ul style="list-style-type: none"> Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan con fines administrativos. 	<i>Ejemplo: Su compañía celebra un contrato con nosotros para que brindemos un plan de salud. Nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas de seguro que cobramos.</i>

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte en www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como: <ul style="list-style-type: none"> Prevenición de enfermedades Ayuda con las retiradas de productos Notificación de reacciones adversas a medicamentos Denuncia de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica Prevenición o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona
Investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
Cumplimiento de la ley	<ul style="list-style-type: none"> Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

<p>Respuesta a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaboración con un médico examinador o director de funeraria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos. ▪ Podemos compartir información de salud con un forense, un médico examinador o un director de funeraria cuando una persona muere.
<p>Abordaje de solicitudes de indemnización a trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales</p>	<p>Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para reclamos de indemnización a trabajadores ▪ Para fines de aplicación de la ley o con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley ▪ Con los organismos de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley ▪ Para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
<p>Respuesta a demandas y acciones legales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podemos compartir información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia de él.
- No usaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos da su consentimiento, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte en www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan, 7751 South Manthey Road,
French Camp, CA 95231

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente para cualquier pregunta o inquietud respecto a su privacidad: escriba a piu@hpsj.com, llame al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711, o visite www.hpsj-mvhp.org.

Para más información

Comuníquese con nosotros para solicitar una copia de este aviso en otros idiomas o para obtener una copia en otro formato, como letra grande o braille.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8. Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Números de teléfono importantes

- Servicio al Cliente del Plan de Salud, 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
 - Medi-Cal Rx, 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273), oprima 7 o marque 711.
 - Línea de Enfermero Asesor, 24 horas al día, los 7 días de la semana, 1-800-655-8294, TTY 711.
-

Palabras que debe conocer

Administrador de cuidado: Enfermeros o trabajadores sociales registrados que pueden ayudar a los miembros a entender los principales problemas de salud y a coordinar el cuidado con sus proveedores.

Afección crónica: Enfermedad u otro problema médico que no se puede curar por completo, que empeora con el tiempo o que debe tratarse para que no empeore la salud del miembro.

Afección médica de emergencia: Afección médica o mental con síntomas como trabajo de parto activo (consulte la definición más arriba) o dolor intenso que son de tal gravedad que una persona prudente pero no experta con conocimientos promedio de salud y medicina podría creer razonablemente que no recibir cuidado médico inmediato podría causar lo siguiente:



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711. El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

- Grave peligro para la salud de la miembro o la salud de su bebé por nacer.
- Daño a una función corporal.
- Mal funcionamiento de una parte o de un órgano del cuerpo.
- La muerte.

Afección psiquiátrica de emergencia: Trastorno mental cuyos síntomas son tan graves como para representar un peligro inmediato para el miembro o para otros, y debido al cual el miembro queda incapacitado para procurarse alimentos, refugio o ropa.

Aguda: Una afección médica breve y repentina que requiere cuidado médico rápido.

Anular la inscripción: Dejar de usar un plan de salud porque el miembro ya no califica o cambia a un nuevo plan de salud. El miembro debe firmar un formulario que indique que ya no desea utilizar el plan de salud o llamar a Opciones de Cuidado Médico y cancelar su inscripción por teléfono.

Apelación: La solicitud de un miembro para que el Plan de Salud revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio solicitado.

Aprobación previa (autorización previa): El proceso mediante el cual un miembro o su proveedor deben solicitar la aprobación del Plan de Salud para ciertos servicios a fin de asegurarse de que el Plan de Salud los cubra. Una remisión no es una aprobación. Una aprobación previa es lo mismo que una autorización previa.

Área de servicio: El área geográfica donde presta servicios el Plan de Salud. Incluye los condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus.

Autorización previa (aprobación previa): El proceso mediante el cual un miembro o su proveedor deben solicitar la aprobación del Plan de Salud para ciertos servicios a fin de garantizar que el Plan de Salud los cubra. Una remisión no es una aprobación. Una autorización previa es lo mismo que una aprobación previa.

Beneficios: Servicios de cuidado médico y medicamentos cubiertos en este Plan de Salud.

Centro de cuidado subagudo (para adultos o pediátricos): Un centro de cuidado a largo plazo que brinda cuidado integral a miembros médicamente frágiles que necesitan servicios especiales, como terapia de inhalación, cuidado de traqueotomía, alimentación por sonda intravenosa y manejo de heridas complejas.

Centro de enfermería especializada: Lugar en el que solo profesionales médicos capacitados pueden brindar cuidado de enfermería las 24 horas al día.

Centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC): Un centro de salud en una zona que no tiene muchos proveedores. En un FQHC, les brindan a los miembros cuidado primario y preventivo.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Centro u hogar de cuidado intermedio: Cuidado brindado en un centro de cuidado a largo plazo o en un hogar que brinda servicios residenciales las 24 horas. Los tipos de centros u hogares de cuidado intermedio incluyen centros de cuidado intermedio/ discapacitados del desarrollo (ICF/DD), centros de cuidado intermedio/discapacitados del desarrollo-habilitativos (ICF/DD-H) y centros de cuidado intermedio/enfermería para discapacitados del desarrollo (ICF/DD-N).

Centros de parto independientes (FBC): Centros de salud donde se planean partos fuera de la residencia de la miembro embarazada y que tienen licencia o están autorizados por el estado para proporcionar cuidado prenatal, cuidado durante el trabajo de parto y el parto, y cuidado posparto, y otros servicios ambulatorios que se incluyen en el plan. Estos centros no son hospitales.

Cirugía reconstructiva: Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo con el objetivo de mejorar funciones o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

Clínica rural de salud (RHC): Un centro de salud en una zona que no tiene muchos proveedores. En una RHC, les brindan a los miembros cuidado primario y preventivo.

Clínica: Centro que los miembros pueden seleccionar como proveedor primario (PCP). Puede ser un centro de salud aprobado por el gobierno federal (FQHC), una clínica comunitaria, una clínica rural de salud (RHC), un proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP) u otro centro de cuidado primario.

Cobertura de medicamentos con receta: Cobertura de medicamentos recetados por un proveedor.

Continuidad de cuidado: Capacidad de un miembro del plan de seguir recibiendo servicios de Medi-Cal de su proveedor actual fuera de la red durante un máximo de 12 meses, si el proveedor y el Plan de Salud están de acuerdo.

Coordinación de beneficios (COB): El proceso para determinar qué cobertura de seguro (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otra) tiene responsabilidad primaria de tratamiento y pago en el caso de los miembros con más de un tipo de cobertura de seguro de salud.

Copago: Pago que hace un miembro, por lo general, en el momento en el que recibe el servicio, además del pago de la aseguradora.

Cuidado a largo plazo: Cuidado que recibe en un centro durante más de un mes después de la admisión más 1 mes.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Cuidado de emergencia: Examen realizado por un doctor (o el personal bajo la dirección de un doctor, según lo permitido por la ley) para averiguar si existe una afección médica de emergencia. Servicios médicamente necesarios para estabilizarlo clínicamente dentro de las capacidades del centro.

Cuidado de enfermería especializada: Servicios cubiertos brindados por enfermeros, técnicos o terapeutas con licencia durante una estadía en un centro de enfermería especializada o en el hogar del miembro.

Cuidado de rutina: Servicios y cuidado preventivo médicamente necesarios, visitas de niño sano o cuidado de seguimiento. El objetivo del cuidado de rutina es prevenir problemas de salud.

Cuidado de seguimiento: Cuidado periódico de un doctor para controlar el progreso de un miembro después de una hospitalización o durante un tratamiento.

Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios: Cuidado médico o quirúrgico prestado en un hospital sin ser admitido como paciente hospitalizado.

Cuidado médico en el hogar: Cuidado de enfermería especializada y otros servicios que se brindan en el hogar.

Cuidado paliativo: Cuidado para aliviar las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad grave. El cuidado paliativo no requiere que el miembro tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos.

Cuidado para pacientes ambulatorios: Cuando un miembro no tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir el cuidado médico que necesita.

Cuidado para pacientes hospitalizados: Cuando un miembro tiene que pasar la noche en un hospital u otro lugar para recibir cuidado médico necesario.

Cuidado primario: Consulte la definición de “cuidado de rutina”.

Cuidado urgente (o servicios urgentes): Servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección que no sea de emergencia y que requiera cuidado médico. Los miembros pueden obtener cuidado urgente de un proveedor fuera de la red si los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos de manera temporal.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT): Consulte “Medi-Cal para Niños y Adolescentes”.

DHCS: Hace referencia al Departamento de Servicios de Cuidado Médico de California. Es la oficina estatal que supervisa el programa Medi-Cal.

Directorio de Proveedores: Una lista de proveedores en la red del Plan de Salud.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Dispositivo ortopédico: Un dispositivo utilizado como soporte o aparato ortopédico colocado fuera del cuerpo para sostener o corregir una parte del cuerpo gravemente lesionada o enferma, que es médicamente necesario para la recuperación médica del miembro.

Dispositivo protésico: Dispositivo artificial sujeto al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

DMHC: Hace referencia al Departamento de Cuidado Médico Controlado de California. Esta es la oficina estatal que supervisa los planes de cuidado de salud controlado.

Enfermedad grave: Enfermedad o afección que se debe tratar y que podría causar la muerte.

Enfermedad terminal: Afección médica que no se puede revertir y que es muy probable que cause la muerte dentro de 1 año o menos si sigue su curso natural.

Enfermera obstetra certificada (CNM): Una persona con licencia de enfermera, registrada y certificada como enfermera obstetra por la Junta de Enfermería Registrada de California. Una enfermera obstetra certificada tiene permitido brindar asistencia en casos de parto normal.

Equipo médico duradero (DME): Equipo médico que es médicamente necesario y ordenado por el doctor de un miembro u otro proveedor que atiende al miembro en el hogar, la comunidad o la instalación que se utiliza como hogar.

Especialista (o doctor especialista): Doctor que trata ciertos tipos de problemas de salud. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos quebrados; un alergista trata alergias; y un cardiólogo trata enfermedades del corazón. En la mayoría de los casos, un miembro necesitará una remisión del PCP para atenderse con un especialista.

Fraude: Acto intencional para engañar o tergiversar realizado por una persona que sabe que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para ella misma u otra persona.

Hogar médico: Un modelo de cuidado que ofrece las funciones básicas del cuidado primario de salud e incluye cuidado integral, cuidado coordinado y centrado en el paciente, servicios accesibles, y calidad y seguridad.

Hospicio: Cuidado para reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad terminal. El hospicio está disponible cuando el miembro tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Hospital participante: Hospital con licencia que tiene un contrato con el Plan de Salud para prestar servicios a los miembros cuando reciben cuidado. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes podrían ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de revisión de utilización y garantía de calidad del Plan de Salud o por el contrato del Plan de Salud con el hospital.

Hospital: Un lugar donde doctores y enfermeras le prestan a un miembro cuidado como paciente ambulatorio o paciente hospitalizado.

Hospitalización: Admisión en un hospital para recibir tratamiento como paciente hospitalizado.

Indígena americano: Individuo que cumple con la definición de “indígena” según la ley federal (título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), sección 438.14) que define a una persona como “indígena” si cumple cualquiera de los siguientes requisitos:

- Es miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal.
- Vive en un centro urbano y cumple con uno o más de los siguientes:
 - Es miembro de una tribu, banda u otro grupo organizado de indígenas, incluidas aquellas tribus, bandas o grupos disueltos desde 1940 y los reconocidos ahora o en el futuro por el estado en el que residen, o que sea descendiente en el primer o segundo grado de cualquiera de dichos miembros.
 - Es esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska.
 - Es considerado indígena por el Secretario del Interior para cualquier propósito.
 - Se determina que es indígena según las regulaciones emitidas por el Secretario del Interior.
- Es considerado indígena por el Secretario del Interior para cualquier propósito.
- El Secretario de Salud y Servicios Humanos lo considera indígena a los efectos de ser elegible para recibir servicios de cuidado médico para indígenas, lo cual incluye a indígenas de California, esquimales, aleutianos u otros nativos de Alaska.

Lista de Medicamentos con Contrato (CDL): La lista de medicamentos aprobada para Medi-Cal Rx. El proveedor puede elegir de esta lista los medicamentos cubiertos que un miembro necesita.

Medi-Cal de pago por servicio (FFS): A veces, el Plan de Salud no cubre los servicios, pero un miembro de todos modos puede obtenerlos a través de Medi-Cal FFS, como muchos servicios de farmacia a través de Medi-Cal Rx.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Medi-Cal para Niños y Adolescentes: Un beneficio para miembros de Medi-Cal menores de 21 años cuyo objetivo es ayudarlos a mantenerse saludables. Los miembros deben hacerse los exámenes de salud adecuados para su edad y las pruebas de detección apropiadas para encontrar problemas de salud y tratar enfermedades temprano. También deben completar los tratamientos necesarios para las enfermedades que podrían descubrirse en los exámenes. Este beneficio también se conoce como beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT) según la ley federal.

Medi-Cal Rx: Un servicio de beneficios de farmacia que forma parte de Medi-Cal FFS y se conoce como “Medi-Cal Rx”, que brinda beneficios y servicios de farmacia, incluidos medicamentos con receta y algunos suministros médicos a todos los beneficiarios de Medi-Cal.

Medicamento necesario (o necesidad médica): Se refiere a servicios importantes que son razonables y protegen la vida. El cuidado es necesario para evitar que los pacientes se enfermen de gravedad o queden discapacitados. Este cuidado reduce el dolor intenso al diagnosticar o tratar la enfermedad, dolencia o lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal incluyen el cuidado necesario para corregir o ayudar a una enfermedad o afección física o mental, incluidos los trastornos por uso de sustancias.

Medicamentos con receta: Medicamento que, por ley, requiere una orden de un proveedor autorizado para ser abastecido, a diferencia de los medicamentos de venta libre, que no requieren receta.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o mayores, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante).

Miembro: Un miembro que cumple los requisitos de Medi-Cal y está inscrito en el Plan de Salud, y que tiene derecho a recibir servicios cubiertos.

Otra cobertura de salud (OHC): Se refiere a un seguro de salud privado y a los pagadores de servicios que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir cobertura médica, dental, de la visión, farmacia, planes Medicare Advantage (Parte C), planes de medicamentos de Medicare (Parte D) o planes complementarios de Medicare (Medigap).

Paciente establecido: Un paciente que tiene una relación con un proveedor y ha ido a ese proveedor durante cierto plazo establecido por el Plan de Salud.

Persona inscrita: Persona que es miembro de un plan de salud y recibe servicios a través del plan.

Plan de cuidado controlado: Un plan de salud de Medi-Cal que utiliza solo ciertos doctores, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para los beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. El Plan de Salud es un plan de cuidado controlado.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Plan: Consulte la definición de “plan de cuidado controlado”.

Programa de Opciones de Cuidado Médico (HCO): El programa que puede inscribir a un miembro en un plan de salud o cancelar su inscripción.

Proveedor calificado: Un doctor calificado en el área de especialización apropiada para tratar la afección del miembro.

Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red): Consulte la definición de “proveedor participante”.

Proveedor de servicios de salud mental: Profesionales de cuidado médico que brindan servicios de salud mental y salud del comportamiento a los pacientes.

Proveedor del Servicio de Salud para Indígenas (IHCP): Un programa de cuidado médico operado por el Servicio de Salud Indígena (IHS), una tribu indígena, un programa de salud tribal, una organización tribal o una organización indígena urbana (UIO), según se definen esos términos en la sección 4 de la Ley de Mejora del Cuidado Médico para Indígenas (U.S.C., título 25, sección 1603).

Proveedor fuera de la red: Un proveedor que no forma parte de la red del Plan de Salud.

Proveedor no participante: Un proveedor que no está en la red del Plan de Salud.

Proveedor participante (o doctor participante): Doctor, hospital u otro profesional de cuidado médico con licencia o centro de salud con licencia, incluidos los centros de cuidado subagudo, que tienen un contrato con el Plan de Salud para ofrecer servicios cubiertos a los miembros cuando reciben cuidado.

Proveedor primario (PCP): El proveedor autorizado que un miembro tiene para la mayor parte de su cuidado médico. El PCP ayuda al miembro a obtener el cuidado que necesita.

Un PCP puede ser:

- Médico general
- Internista
- Pediatra
- Doctor de familia
- Obstetra/ginecólogo
- Proveedor del Servicio de Salud para Indígenas
- Centro de salud aprobado por el gobierno federal
- Clínica rural de salud (RHC)
- Enfermero profesional
- Un asistente médico
- Una clínica

Proveedores de cuidado médico en el hogar: Proveedores que le brindan a un miembro cuidado de enfermería especializada y otros servicios en el hogar.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Queja formal: La expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre un servicio cubierto por Medi-Cal, el Plan de Salud, un plan de salud mental del condado o un proveedor de Medi-Cal. Una queja presentada al Plan de Salud sobre un proveedor de la red es un ejemplo de queja formal.

Queja: La expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre un servicio cubierto por Medi-Cal, el Plan de Salud, un plan de salud mental del condado o un proveedor de Medi-Cal. “Queja” es lo mismo que “queja formal”.

Quiropráctico: Proveedor que trata la columna vertebral mediante manipulación manual.

Recuperación de agravios: Cuando se brindan o se brindarán beneficios a un miembro de Medi-Cal debido a una lesión por la cual otra parte es responsable, el DHCS recupera el valor razonable de los beneficios proporcionados al miembro por esa lesión.

Red: Grupo de doctores, clínicas, hospitales y otros proveedores que tienen contrato con el Plan de Salud para brindar cuidado.

Remisión: Cuando el PCP de un miembro dice que el miembro puede recibir cuidado de otro proveedor. Algunos servicios de cuidado cubiertos requieren remisión y autorización previa.

Seguro de salud: Cobertura del seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos mediante el reembolso al asegurado de los gastos por enfermedades o lesiones, o el pago directo al proveedor de cuidado médico.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: Servicios ambulatorios para miembros con afecciones de salud mental entre leves y moderadas, incluidos los siguientes:

- Evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal (psicoterapia).
- Pruebas psicológicas, si están clínicamente indicadas para evaluar una afección de salud mental.
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia con medicamentos.
- Consultas psiquiátricas.
- Laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.

Servicio no cubierto: Un servicio que el Plan de Salud no cubre.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): Servicios para pacientes ambulatorios prestados en centros donde se brinda cuidado de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, capacitación y apoyo para familiares y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que reúnen los requisitos.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Servicios confidenciales: Servicios relacionados con la salud mental o conductual, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual (STI), VIH o sida, agresión sexual y abortos, trastorno por consumo de sustancias, cuidado de afirmación de género y violencia de pareja.

Servicios cubiertos: Servicios de Medi-Cal de cuyo pago es responsable el Plan de Salud. Los servicios cubiertos están sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de Medi-Cal, cualquier modificación del contrato y a lo que se detalle en este Manual para Miembros (también conocido como “Formulario Combinado de Divulgación y Evidencia de Cobertura”).

Servicios de obstetricia: Cuidado prenatal, durante el parto y posparto, incluidos los servicios de planificación familiar para la madre y el cuidado inmediato para el recién nacido, brindado por enfermeras obstetras certificadas (CNM) y obstetras con licencia (LM).

Servicios de planificación familiar: Servicios para prevenir o retrasar un embarazo. Los servicios se prestan a los miembros en edad reproductiva para que puedan determinar cuántos hijos quieren tener y con qué separación de tiempo.

Servicios de salud mental especializados (SMHS): Servicios para miembros que tienen necesidades de salud mental que representan un nivel mayor que leve o moderado de discapacidad.

Servicios de salud pública: Servicios de salud dirigidos a toda la población. Incluyen el análisis de la situación sanitaria, el control de la salud, la promoción de la salud, los servicios de prevención, el control de enfermedades infecciosas, la protección y el saneamiento del medio ambiente, la preparación y respuesta ante desastres, y la salud ocupacional.

Servicios fuera de área: Servicios mientras un miembro se encuentra en cualquier lugar fuera del área de servicio del Plan de Salud.

Servicios médicos: Servicios prestados por una persona con licencia de conformidad con la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, excepto los servicios ofrecidos por los doctores mientras el miembro está hospitalizado y que se cobran en la factura del hospital.

Servicios para Niños de California (CCS): Un programa de Medi-Cal que brinda servicios para niños de hasta 21 años con ciertas afecciones de salud, enfermedades o problemas médicos crónicos.

Servicios posteriores a la estabilización: Servicios cubiertos relacionados con una afección médica de emergencia que se brindan al miembro después de que se logra estabilizar su afección para que se mantenga estabilizado. Estos servicios están cubiertos y pagados. Es posible que los hospitales fuera de la red necesiten aprobación previa (autorización previa).

Servicios y dispositivos de habilitación: Servicios de cuidado médico que ayudan a un miembro a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el desempeño para la vida diaria.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

8 | Números de teléfono importantes y palabras que debe conocer

Servicios y dispositivos de terapia de rehabilitación y habilitación: Servicios y dispositivos para ayudar a los miembros con lesiones, discapacidades o enfermedades crónicas a desarrollar o recuperar las habilidades físicas y mentales.

Sistema de Salud Organizado del Condado (COHS): Agencia local creada por una junta de supervisores del condado para celebrar contratos con el programa Medi-Cal. Un miembro queda inscrito automáticamente en un plan del COHS si cumple con las normas de inscripción. Los miembros inscritos eligen su proveedor de cuidado médico entre los proveedores del COHS.

Trabajo de parto activo: Período en que una miembro embarazada se encuentra en las tres etapas del parto y no puede ser trasladada con seguridad a tiempo a otro hospital antes del parto, o el traslado puede perjudicar la salud y la seguridad de la miembro o del bebé por nacer.

Transporte médico de emergencia: Transporte en una ambulancia o un vehículo de emergencia a una sala de emergencia para recibir cuidado médico de emergencia.

Transporte médico: Transporte que un proveedor prescribe a un miembro cuando el miembro no está física o médicamente capacitado para usar un automóvil, autobús, tren o taxi para llegar a una cita médica cubierta o para recoger recetas. El Plan de Salud paga el transporte de menor costo para satisfacer sus necesidades médicas en caso de que necesite que lo lleven a una cita.

Transporte no médico: Traslado desde una cita y hacia esta para recibir un servicio cubierto por Medi-Cal autorizado por el proveedor de un miembro y para recoger medicamentos con receta y suministros médicos.

Tratamiento de investigación: Un dispositivo, producto biológico o medicamento terapéutico que completó la fase uno de un ensayo clínico aprobado por la Administración Federal de Medicamentos y Alimentos (FDA), pero que no fue aprobado por esta agencia para uso general y continúa en etapa de investigación en un ensayo clínico aprobado por la FDA.

Tratamiento experimental: Medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una etapa de prueba anterior a la prueba en humanos, con estudios de laboratorio o con animales. Los servicios experimentales no están en etapa de investigación clínica.

Triaje (o evaluación del paciente): Evaluación de la salud del miembro realizada por un doctor o un enfermero que están capacitados para analizar situaciones con el fin de determinar la urgencia de la necesidad del cuidado.



Llame a Servicio al Cliente al 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711.
El Plan de Salud está disponible de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.
La llamada es gratis. O bien, llame a la Línea de Retransmisión de
Telecomunicaciones de California al 711. Visítenos en www.hpsj-mvhp.org.

Nuestra área de servicio

Condados de Alpine, El Dorado, San Joaquin y Stanislaus



1-888-936-PLAN (7526) TTY 711

www.hpsj-mvhp.org

7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231