



# CenCal HEALTH™

**Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación  
Manual para Miembros**

*Healthy Families*

**1 de octubre del 2011 a 30 de septiembre del 2012**

CenCal Health  
4050 Calle Real  
Santa Barbara, California 93110

## Divulgación

Este Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación es solamente un resumen de las pólizas y de la cobertura bajo el programa de Healthy Families (HFP por sus siglas en inglés). Si desea averiguar los términos y las condiciones exactas de la cobertura, diríjase al contrato del Plan de Salud y las regulaciones del HFP (Código de Reglamentos de California, Título 10, Capítulo 5.8) publicados por la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos California “Managed Risk Medical Insurance Board” (MRMIB por sus siglas en inglés). Puede revisar las regulaciones en la Página de Internet <http://www.mrmib.ca.gov>

Además, las regulaciones de HFP requieren que el Plan de Salud cumpla con todos los requisitos del Acto del Plan del Servicio del Cuidado Médico de Knox-Keene de 1975, como fue rectificado (Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1340, et seq.), y las reglas del Acto (Código de Regulaciones de California, Título 28). El Plan de Salud está de acuerdo con cualquier provisión (servicio) que el Acto o las regulaciones del Acto requieran como un beneficio; aunque no esté incluido en el Folleto de Comprobante de Cobertura / Manual para Miembros ni en el contrato del Plan de Salud.

## Elegibilidad e Inscripción

La información sobre la elegibilidad, inscripción, cancelación de beneficios, la fecha que comienza la cobertura, transferencias a otro Plan de Salud, evaluación anual, los pagos mensuales y el Acta Federal de 1966 de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) va incluida en el Manual de Healthy Families que le envió a usted el Programa de Healthy Families. Si tiene preguntas sobre estos temas o quisiera otra copia del manual, por favor comuníquese con el programa de Healthy Families al siguiente domicilio o por favor llame al número de teléfono, libre de cobro:

**Healthy Families Program  
P.O. Box 138005  
Sacramento, CA 95813-8005  
(800) 880-5305**

**Si tiene impedimentos auditivos, puede llamar a California Relay Services (servicios de ayuda para transmitir información), al número 711(TTY).**

**Información adicional acerca del Programa de Healthy Families está disponible en la Página de Internet de la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos California “Managed Risk Medical Insurance Board” [www.mrmib.ca.gov](http://www.mrmib.ca.gov).**

**Nueva Sección de Importancia**  
**IMPORTANTE**  
Cambios del Programa de Healthy Families

**Por favor vea la página 8 de su Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación / Manual para Miembro para obtener más información sobre las categorías de ingreso de Healthy Families.**

**Efectivo el 1 de octubre del 2010**

**Nuevo año de beneficio**

El programa de Healthy Families tiene un nuevo año de beneficio comenzando el 1 de octubre del 2010 hasta el 30 de septiembre del 2011

**Servicios de Salud Mental y Alcohol y Tratamiento de Abuso de Droga**

El Acta del 2009 de Seguro de Salud para Niños del Programa de Reautorización Federal y el Acta del 2008 de Igualdad y Equidad de Salud Mental y Adición, requieren que HFP proporcione días sin limitar las visitas de paciente internado y visitas de paciente ambulatorio para todos los servicios de Salud Mental y Alcohol y tratamiento de Abuso de droga.

**Efectivo el 18 de enero del 2011**

**Acceso en un tiempo razonable para a los Servicios de salud que no son de emergencia.**

El Departamento de Administración de Cuidado de Salud (DMHC por sus siglas en inglés) adoptó nuevas regulaciones (Titulo 28, Sección 1300.67 .2.2) para que los planes de salud proporcionen a los miembros acceso a los servicios de cuidado de salud que no son de emergencia en un tiempo razonable. Los Planes de Salud tienen que cumplir con estos nuevos reglamentos para el día 18 de enero del 2011.

Por favor comuníquese con su Proveedor de Cuidado Primario de CenCal Health a cualquier hora (día y noche) ya que están disponibles las 24 horas del día, 7 días de la semana para priorizar y evaluar la necesidad de servicio.

# INDICE DE CONTENIDO

<b>1. Introducción</b> .....	6
Como usar este Folleto / Manual para Miembros.....	6
¡Bienvenidos! / Sobre este Plan de Salud.....	6
Servicios Multilingües.....	7
Tarjeta de Identificación del Miembro.....	7
<b>2. Definiciones</b> .....	8
<b>3. Derechos y Responsabilidades del Miembro</b> .....	16
<b>4. Acceso a Cuidado Médico</b> .....	17
Acceso Físico.....	17
Acceso para Miembros con Impedimentos Auditivos.....	17
Acceso para Miembros con Impedimentos Visuales (de la vista).....	17
Acta de 1990 para Americanos con Incapacidades.....	17
Quejas por Falta de Acceso para Incapacitados.....	17
<b>5. Como usar el Plan de Salud</b> .....	19
Localidades de Proveedores y Establecimientos.....	19
Seleccionando un Proveedor de Cuidado Primario (PCP).....	19
Fijar una Cita.....	20
Examen Inicial de Salud.....	21
Como Cambiar su Proveedor de Cuidado Primario.....	21
Cuidado Continúo para Miembros Nuevos.....	21
Cuidado Continúo Debido a la Terminación de un Proveedor.....	23
Autorización Previa para los Servicios.....	24
Pases a Especialistas.....	25
Obteniendo una Segunda Opinión.....	26
Revisión De la Utilización de Servicios.....	27
Obteniendo Beneficios de Farmacia.....	28
Obteniendo Cuidado Urgente.....	30
Obteniendo Servicios de Cuidado Médico de Emergencia.....	30
Qué Hacer si no está Seguro si Tiene una Emergencia.....	31
Servicios después de la estabilización y después de una emergencia.....	31
Servicios que no se Cubren.....	32
Co-pagos.....	32
Responsabilidades del Miembros.....	33
<b>6. Guía de Beneficios bajo el Plan de Salud (sumario)</b> .....	35
<b>7. Descripción de Beneficios</b> .....	46
Servicios de Hospital para Paciente Internado.....	46
Servicios de Hospital para Paciente Ambulatorio (Externo).....	47
Servicios Profesionales.....	47
Servicios Médicos Preventivos.....	48
Servicios Diagnósticos de Radiografía y de Laboratorio.....	50
Cuidado de Diabetes.....	20
Cuidado Pediátrico de Asma.....	51
Programa de Medicamentos con Receta.....	51
Equipo Médico Duradero.....	53

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

---

Ortóticos y Prostéticos.....	54
Lentes para Cataratas y Lentillas .....	55
Cuidado de Maternidad .....	55
Servicios de Planificación Familiar .....	56
Servicios de Transporte Médico .....	56
Servicios de Cuidado Médico de Emergencia.....	57
Servicios de Salud Mental para Paciente Internado.....	57
Servicios para el Abuso del Alcohol y las Drogas para un Paciente Internado .....	58
Servicios de Salud Mental para Paciente Ambulatorio (Externo).....	59
Servicios para el Abuso del Alcohol y las Drogas para un Paciente Ambulatorio (Externo).....	60
Servicios de Salud en el Hogar .....	60
Servicios de Enfermería Especializada .....	61
Terapia Física, Ocupacional, y del Habla .....	61
Sangre y Productos de Sangre .....	61
Educación de Salud.....	62
Cuidado de Hospicio .....	62
Trasplante de Órganos .....	63
Cirugía Reconstructiva .....	63
Fenilcetonuria (PKU) .....	64
Procedimientos (estudios) Clínicos de Cáncer.....	64
Acupuntura .....	65
Servicios de Quiroprácticos.....	66
Servicios de Lactancia (dar pecho) .....	66
Beneficios Máximos Anuales o por vida .....	66
<b>8. Coordinación de Servicios .....</b>	<b>67</b>
Servicios de California para Niños (CCS por sus siglas en inglés).....	67
Beneficios del Condado para el Cuidado de Salud Mental de Trastornos Emocionales Serios de Niños (SED por sus siglas en inglés) .....	68
<b>9. Exclusiones de Beneficios .....</b>	<b>70</b>
<b>10. Proceso de Quejas y Apelaciones .....</b>	<b>71</b>
Quejas .....	71
Repaso Médico Independientes.....	72
Una Evaluación Médica Independiente Sobre las Terapias Experimentales o Investigables que se Negaron .....	73
Repaso (Regulación) por el Departamento de Administración de Cuidado del Salud .....	73
Arbitraje Obligatorio.....	74
<b>11. Información General.....</b>	<b>76</b>
Otro Seguro de Salud.....	76
Proceso de Recuperación del Tercer Partido y Responsabilidades del Miembro .....	76
Beneficios que no se Duplican con la Compensación del Trabajador.....	76
Coordinación de Beneficios.....	77
Limitaciones de otra Cobertura .....	77
Pagos al Proveedor .....	77
Provisiones de Reembolso – Si Usted Recibe un Cobro .....	78
Participación del Público .....	78
Notificándole de Cambios en el Plan de Salud .....	79
Prácticas de Privacidad .....	79
Donación de Tejido y Órgano .....	79

**PARA OBTENER AYUDA LLAME AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS AL NÚMERO 1-877-814-1861**

# Introducción

## **Como usar este manual para miembros**

Este manual, llamado Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación o (EOC por sus siglas en inglés) contiene información detallada acerca de los beneficios del programa de Healthy Families, también indica como obtener beneficios, y

los derechos y responsabilidades de los miembros del programa de Healthy Families. Por favor lea este manual con cuidado y guárdelo para que en el futuro se pueda referir a el. Si usted tiene necesidades especiales de cuidado médico, por favor lea cuidadosamente las secciones que le aplican a usted.



A través de este manual, “usted”, “suyo” y el “miembro” se refiere al niño o a los niños inscritos en el programa de Healthy Families. “Nosotros”, “nuestros” se refiere a CenCal Health “Proveedor”, “Proveedor del Plan” o “Proveedor Participante” se refiere a un médico con licencia, hospital, grupo médico, farmacia, u otro proveedor de cuidado de salud quien es responsable de proporcionarle servicios médicos a usted.

## **¡Bienvenidos a CenCal Health! Sobre el Plan de Salud**

CenCal Health es uno de varios grupos que ofrecen la cobertura de seguro de Healthy Families para su niño, pero es el único Plan de Salud que tiene una oficina local para servirle en su área de servicio; los condados de Santa Bárbara y de San Luís Obispo. Gracias por elegirnos.



CenCal Health tiene más de 300 proveedores y profesionales del cuidado médico para proporcionar a su familia el mejor cuidado médico posible. Le animamos a que haga citas para los chequeos anuales, las vacunas recomendadas, y otros servicios anotados en nuestra Guía Preventivas Para Niños y Adolescentes.




Usted puede encontrar información servicial en nuestra Página de Internet, [www.cencalhealth.org](http://www.cencalhealth.org) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health al número, libre de cobro, 1-877-814-1861, lunes a viernes, 8:00 AM a 5:00 PM o para las personas con problemas auditivos por favor de usar “California Relay Services” (servicios de ayuda para transmitir información) al 711. Por favor preste atención en el número de teléfono que hemos anotado al final de cada página de este manual; para que pueda referirse a el fácilmente.

### **Servicios Multilingües**

Si usted o su representante prefieren comunicarse en otro idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios Para Miembros y hable con un Representante de Servicios para Miembros de CenCal Health. Los Representantes de Servicios para Miembros de CenCal Health son bilingües en inglés y español. Nuestro personal de Servicios para Miembros puede ayudarle a encontrar a un proveedor del cuidado médico que hable su idioma o que tenga un intérprete regular disponible. Usted no tiene que utilizar miembros de la familia o amigos como intérpretes. Si usted no encuentra un proveedor del cuidado médico que pueda satisfacer sus necesidades de idioma, usted puede pedir que un intérprete esté disponible para las discusiones de información médica sin ningún costo a usted.

Este manual, tal como otros materiales de información, están disponibles en español y en inglés.

### **Tarjeta de Identificación del Miembro**

	<b>CenCalHEALTH™</b> The Regional Health Authority	4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110 Toll Free 1 (877) 814-1861 <a href="http://CenCalHealth.org">CenCalHealth.org</a>
Group		D.O.B.
Member Name		Member ID Number
Primary Care Provider		PCP Phone No.
		

# Definiciones

## **Agravio**

Una declaración de insatisfacción que hace por escrito u oral con respecto al plan y/o al proveedor, incluso las preocupaciones sobre la calidad del cuidado, e incluirá una queja, disputa, la solicitud para la reconsideración o apelación hecha por un miembro o el representante del miembro. Cuando el plan no puede distinguir si es una queja o una pregunta, se considera como un agravio.

## **Año de Beneficios**

El periodo de doce (12) meses empezando el 1 de octubre de cada año a las 12:01 AM.

## **Aparatos Ortóticos**

Un aparato para la ayuda o el apoyo de una coyuntura o músculo débil o inefectivo o para mejorar la función de las partes de cuerpo movibles.

## **Aparatos Prostéticos**

Un aparato artificial para reemplazar una parte del cuerpo.

## **Área de Servicio**

Miembros del Programa de Healthy Families de CenCal Health necesitan radicar y recibir servicios dentro de los condados de Santa Barbara y San Luís Obispo según la descripción en este manual.

## **Arbitraje**

Es una manera de resolver algún argumento (desacuerdo) entre los planes de salud y los miembros sin tener que hacer una demanda y tener que ir a corte (cuando hay un arbitraje, el Plan de Salud y el paciente mutuamente aceptan y seleccionan una persona neutral para que resuelva el pleito en lugar de un juez o jurado).



## **Atención de Prioridad y Evaluación**

Cuando un doctor o enfermera con entrenamiento necesario para hacer una evaluación sobre la condición en que se encuentra su niño para poder determinar la urgencia y necesidad de cuidado del niño.

## **Atención de Prioridad y Evaluación – Tiempo de Espera**

El tiempo que tiene que esperar para hablar por teléfono con un doctor o enfermera que esté capacitado para evaluar a un niño que necesite cuidado médico.

## **Autorización**

El requisito que ciertos servicios sean aprobados por CenCal Health o por su Proveedor de Cuidado Primario antes de que se proporcionen con fin de que se cubra un servicio.

## **Beneficios (Servicios Cubiertos)**

Esos servicios, suministros, y medicamentos que el miembro tiene derecho de recibir conforme con los términos de este Arreglo (bajo el programa de Healthy Families). Un servicio no es un beneficio, aunque esté anotado como beneficio en este manual, si el servicio no es médicamente necesario o si no es proporcionado por un proveedor de CenCal Health quien obtuvo autorización como se requiere.

## **Centro de Enfermería Especializada**

Un establecimiento licenciado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de California como un establecimiento que proporciona un nivel de cuidado de enfermería como paciente internado que no es de la intensidad requerida por un hospital.

## **Categoría A, B, o C de ingreso**

La cantidad que usted paga para las premias mensuales y por los co-pagos es determinada por sus categoría de ingreso. Las categorías de ingreso se determinan basándose en las siguientes guías federales de pobreza:

- Categoría de ingreso A = 100%-150% de las guías de pobreza federal
- Categoría de ingreso B = 151%-200% de las guías de pobreza federal
- Categoría de ingreso C = 201%-250% de las guías de pobreza federal

## **Co-Pagos**

Una cuota (cobro), que el proveedor del Plan de Salud puede cobrar directamente al miembro, por un beneficio cubierto cuando se rinde el servicio.

## **Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación (EOC)**

Este manual es el Comprobante de Cobertura y Formulario de Divulgación que describe su cobertura y beneficios.

## **Condición Crónica Severa**

Una condición médica debido a la enfermedad, un mal, o a otro problema médico, o un desorden médico que es serio por naturaleza y que persiste sin la curación completa

o se empeora sobre un período de tiempo o requiere el tratamiento en curso para mantener la remisión o para prevenir la deterioración.

### **Condición Psiquiátrica de Emergencia**

Un trastorno mental con síntomas agudos de suficiente severidad que de inmediato le pone en peligro a usted o a los demás, o si inmediatamente no puede usar o proveer comida, hospicio, o ropa debido al trastorno mental (esto quiere decir que a consecuencia de sus síntomas severas puede causarle peligro a usted mismo y los demás, o usted no puede inmediatamente surtirse con comida, ropa, o asilo.

### **Cuidado de Seguimiento**

Sus derechos de continuar su tratamiento con su doctor (en ciertas circunstancias) aun cuando su doctor termine su contrato con su Plan de Salud o un grupo médico.

### **Cuidado Urgente**

Servicios necesarios para prevenir la deterioración de la salud de un miembro, a consecuencia de una enfermedad o de una lesión por la cual el tratamiento no se puede posponer.

### **Directorio de Proveedores**

El directorio es una lista de todos los proveedores que tienen contrato con CenCal Health para proporcionar servicios a sus miembros.

### **Enfermedad Fatal**

Una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar muerte dentro de un año (1) o de menos tiempo.

### **Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)**

Equipo médico, tal como sillas de rueda, camas de hospital, que se pueden usar repetidas veces

### **Especialista**

Un médico (doctor) del Plan de Salud que usualmente proporciona servicios a un miembro por medio de un pase del Proveedor de Cuidado Primario (PCP) dentro de la capacidad de su área de especialidad y que esté elegible y certificado por la mesa directiva con especialidad médica. Hay algunos servicios de especialidad que no requieren un pase, tal como servicios obstétricos.

### **Evaluación Médica Independiente (IMR por sus siglas en inglés).**

Una evaluación si su Plan de Salud le niega un servicio o tratamiento que solicitó (la evaluación será proporcionada por el Departamento de Administración de Cuidado de Salud (DMHC por sus siglas en inglés), y conducido por médicos independientes expertos, y su Plan de Salud tendrá que pagar por los servicios si IMR determina que los servicios son necesarios.

## **Exclusiones**

Cualquier tratamiento médico, quirúrgico, hospital, u otro tratamiento por los cuales el programa no ofrece ninguna cobertura.

## **Formulario**

Una lista de medicamentos de marca registrada y de medicamentos genéricos de prescripción aprobada para cobertura y disponible sin la autorización previa de CenCal Health. La presencia de un medicamento de prescripción en el formulario no garantiza que será recetada por su médico para una condición específica.

## **Guías de ingreso de pobreza federal**

El Departamento de Salud y Bienestar y Servicio (HHS por sus siglas en inglés) determina, anualmente, las guías de ingreso de pobreza federal. Las guías se utilizan para determinar la elegibilidad a ciertos programas tales como Healthy Families o Medi-Cal. De vez en cuando estas guías se conocen como el “nivel federal de pobreza” (FPL por sus siglas en inglés).

## **Healthy Families**

El programa del estado administrado por MRMIB para proporcionar cobertura médica, dental y de visión a los niños que cumplen con los requisitos de la elegibilidad, y contribuyen una premia mensual de familia.

## **Hospital**

Un establecimiento de salud licenciado por el Estado de California, y acreditado por la Comisión Común en la Acreditación de las Organizaciones del Cuidado Médico, tal como: (a) un hospital de cuidado agudo; (b) un hospital de psiquiatría; o (c) un hospital que funciona principalmente para el tratamiento del alcoholismo y/o del abuso de la sustancia. Un establecimiento que es sobre todo una casa de asilo, un hogar para personas mayores, o cuando no se incluye en el hospital una porción designada como un centro de enfermería especializada.

## **Los Reglamentos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA por sus siglas en inglés).**

Una ley que protege sus derechos de obtener un seguro médico y mantener su privacidad con sus archivos médicos.

## **Manager Risk Medical Insurance Board (MRMIB por sus siglas en inglés)**

La Agencia del Estado que Administra el Programa Healthy Families.

## **Medicamento Necesario**

Esos servicios o productos del cuidado médico que son (a) equipados de acuerdo con estándares profesionales reconocidos de la práctica; (b) determinado por el médico de ser consistente con la condición médica; y (c) equipado como el tipo, suministro, y nivel es el más apropiado, y el cual considera los riesgos, los beneficios, y las alternativas posibles.

### **Medicamentos que no Están en el Formulario**

Una medicina que no está anotado en el Formulario de CenCal Health y requiere autorización de CenCal Health para que se cubra.

### **Médico del Plan de Salud (doctor)**

Un doctor de medicina o de osteopatía rindiendo servicios cubiertos bajo este EOC, con licencia del estado o la jurisdicción de la práctica, y practicando dentro del alcance de su licencia, y ha entrado en un acuerdo (contrato) contratado por escrito con CenCal Health para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de acuerdo con los términos de este contrato.

### **Miembro**

Una persona que se inscribe con CenCal Health para recibir su cuidado médico. En este manual, el miembro también es referido como “usted”.

### **Padecimientos agudos**

Una condición médica que implica un inicio repentino de síntomas debido a una enfermedad, a una lesión, o a otros problemas médicos que requiera la atención médica rápida y tiene una duración limitada.

### **Periodo (tiempo) de Parto Activo**

Cuando el miembro está por dar a luz y no hay tiempo adecuado para transferir al miembro a otro hospital antes de dar a luz, o si transfieren al miembro posee peligro a la salud y la seguridad del miembro o del bebé que está por nacer.

### **Plan de Salud**

CenCal Health.

### **Programa**

**Programa de Healthy Families.**

### **Proveedor**

Un médico, hospital, centro de enfermería especializada, u otro profesional de salud con licencia, establecimiento con licencia, o una agencia con licencia para el cuidado médico en el hogar.

### **Proveedor de Cuidado Primario (PCP por sus siglas en inglés)**

Un pediatra, proveedor general, proveedor de familia, proveedor de medicina interna, o un obstetra/ginecólogo, quienes tienen contratos con CenCal Health o quienes trabajan en una clínica que tiene contrato con CenCal Health para proporcionar cuidado primario a los miembros y para referir, autorizar, supervisar, y coordinar la provisión de beneficios para los miembros de acuerdo con el Comprobante de Cobertura / Manual para Miembros. Para cuidado primario, también están a su disposición enfermeras

especializadas y asistentes médicos que están asociadas con un PCP que tenga contrato con el Plan de Salud. Las iniciales “PCP” se usarán a lo largo de este manual.

### **Proveedor No-Participante**

Un proveedor que no tiene contrato con CenCal Health para proveer (dar) servicios a miembros.

### **Proveedor Participante o Proveedor del Plan de Salud**

Un médico (doctor), hospital, centro de enfermería especializada, u otro profesional de salud con licencia, establecimiento con licencia, o una agencia con licencia para el cuidado médico en el hogar quien, o cual, al tiempo que rinda cuidado médico a un miembro, tiene un contrato en efecto con CenCal Health para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros.

### **Queja**

Una queja también se puede llamar “un agravio” o “una apelación.” Los ejemplos de una queja pueden ser cuando:

- No puede obtener un servicio, tratamiento, o algún medicamento que necesita
- Su Plan de Salud niega un servicio indicando que no es médicamente necesario.
- Tiene que esperar mucho tiempo para obtener una cita
- No recibió buen cuidado de salud y lo trataron rudamente
- Pagó de su bolsillo por cuidado urgente o de emergencia y su Plan de Salud no le ha devuelto su dinero
- Recibió un cobro por el cual usted cree que no debe de pagar

Una declaración de insatisfacción que hace por escrito u oral con respecto al Plan de Salud y/o al proveedor, incluso las preocupaciones sobre la calidad del cuidado, e incluirá una queja, disputa, la solicitud para la reconsideración o apelación hecha por un miembro o el representante del miembro. Cuando el plan no puede distinguir si es una queja o una pregunta, se considera como queja.

### **Servicios Ambulatorios (externos)**

Servicios, bajo la dirección de un médico (doctor), que no incurren cargos de noche en el establecimiento donde se proporcionan los servicios.

### **Servicios de Cuidado de Emergencia**

Una emergencia es una condición médica o psiquiátrica, incluso el parto activo o dolor severo, una condición que manifiesta síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo) y que si no se rinde atención médica de inmediato, podría resultar en cualquiera de lo siguiente:

- Perjudicar seriamente la salud del paciente, o
- Causar daño serio a las funciones del cuerpo, o
- Causar daño serio a cualquier órgano o parte del cuerpo

## **Servicios de Salud Mental**

El psicoanálisis, psicoterapia, asesoramiento (consejero), la administración médica u otros servicios proporcionados lo más común posible por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social clínico con licencia, o un terapeuta de matrimonio y familia, para la diagnosis o tratamiento de desórdenes mentales o emocionales o de los problemas mentales o emocionales asociados a una enfermedad, a una lesión, o a cualquier otra condición.

## **Servicios de Enfermedades Mentales Severos (SMI por sus siglas en inglés) una condición médica que incluye lo siguiente:**

- Esquizofrenia.
- Alteración esquizoafectiva.
- Alteración bipolar (maníaco-depresivo).
- Alteraciones depresivas mayores.
- Alteración de pánico.
- Alteración obsesiva-compulsiva.
- Alteración penetrante o autismo.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.

## **Servicios de Trastorno Emocional Serio (SED, por sus siglas en inglés)**

SED se refiere a una condición diagnosticada en un niño que no sufre de un trastorno de abuso de sustancia o un trastorno de desarrollo. Un niño con SED se porta de una manera inapropiada para la edad del niño. El Departamento de Salud Mental decide si un niño tiene SED; basándose en la ley de California de la Institución de Welfare Sección 5600.3(a) (2). Al hacer ésta decisión, el condado tomará en consideración si un niño tiene ciertos problemas. Incluso, si el niño puede cuidarse solo, tiene problemas en la escuela, o problemas relacionándose con su familia. Quizás el niño tenga otros problemas y está en riesgo de suicidarse o de violencia. O tal vez el niño cumple con los requisitos para educación especial. El condado también puede evaluar y determinar si el niño está en riesgo de que lo saquen de su casa y evaluarán cuánto tiempo durará esta condición.

## **Servicios Experimentales o Investigativos**

Cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamento, establecimiento o uso de un establecimiento, equipo o uso del equipo, dispositivo o uso del dispositivo, o suministros que no se reconozcan ni en concordancia con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados, o si la seguridad y la eficiencia no se han determinado para el uso en el tratamiento de una enfermedad específica, de lesión, o de una condición médica por las cuales es recomendada o recetada.

### **Servicios Fuera de Área**

Cuidado de emergencia o cuidado urgente proporcionado fuera del área de servicio de CenCal Health que no podría ser demorada hasta que el miembro regresara al área de servicio.

### **Servicios Internos**

Un individuo que recibe servicios en un hospital donde se proporcionaron bajo la dirección de un médico pero que no fueron rendidos durante toda la noche.

### **Tarjeta de Identificación de Miembro**

La tarjeta de identificación proporcionada a los miembros de CenCal Health incluye el número de identificación del miembro, información del Proveedor de Cuidado Primario (PCP por sus siglas en inglés), y números de teléfonos importantes.

### **Un Profesional de Cuidado de Salud Adecuado y Calificado**

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP por sus siglas en inglés) o un especialista el cual esta actuando dentro del alcance de su práctica y que posee un conocimiento clínico, incluso entrenamiento y experiencia hacia una enfermedad específica, un mal, condición, o condiciones.

## **Derechos y Responsabilidades del Miembro**

### ***Como miembro de CenCal Health tiene usted el derecho de:***

- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Seleccionar un PCP de nuestro Directorio de Proveedores.
- Obtener una cita en un tiempo razonable.
- Participar en las decisiones y cándidamente discutir sus necesidades médicas incluyendo las opciones médicamente necesarias y apropiadas para su condición, sin importar el costo y sin importar si el tratamiento lo cubre este Plan de Salud.
- Tener una relación confidencial con su proveedor.
- Que mantengamos su expediente de salud confidencialmente. Esto significa que nosotros no compartiremos su información de cuidado médico sin que usted nos de su consentimiento por escrito, a menos que la ley lo requiera.
- Expresar sus preocupaciones, con nosotros, sobre CenCal Health o sobre el cuidado médico que se le ha suministrado.
- Recibir información sobre CenCal Health, nuestros servicios, y nuestros proveedores.
- Hacer recomendaciones sobre sus derechos y responsabilidades.
- Ver su expediente médico.
- Obtener servicios por medio de proveedores fuera de la red de cobertura en una emergencia
- Pedir un intérprete sin ningún costo para usted.
- Usar intérpretes que no son familiares ni amigos.
- Recibir materiales de miembros que han sido traducidos a su lenguaje.
- Registrar una queja si no está satisfecho con los servicios lingüísticos.
- Registrar una queja y que CenCal Health le asegure de que no le discriminarán ni le cancelarán su cobertura por haber registrado una queja.

### **Tiene la Responsabilidad de:**

- Dar información correcta a sus proveedores y a CenCal Health.
- Entender, lo más que sea posible, sus problemas de salud y participar con su proveedor en la preparación del plan de tratamiento.
- Presentar siempre su Tarjeta de Identificación de membresía cuando obtenga servicios.
- Usar la sala de emergencia solamente en casos de emergencia o según lo ha dictado su proveedor.
- Hacer y cumplir con sus citas médicas y déjele saber a su proveedor por lo menos 24 horas por adelantado cuando tenga que cancelar una cita.
- Hacer preguntas acerca de cualquier condición médica y asegúrese de entender las explicaciones e instrucciones de su proveedor.
- Proporcionar información tocante cambios de domicilio, estado familiar, y cobertura de otro seguro medico a la CenCal Health para ayudarle a mantener expedientes médicos correctos y que estén al corriente.
- Notificarle a CenCal Health, lo más pronto posible, si su proveedor se equivoca y le manda un cobro o si tiene una queja.
- Tratar con respeto y cortesía a su proveedor y al personal administrativo de CenCal Health.

# Acceso a Cuidado Médico

## **Acceso físico**

CenCal Health ha hecho todo el esfuerzo para asegurarse que nuestras oficinas y las oficinas y establecimientos de nuestros proveedores sean accesibles para las personas con incapacidades. Si usted no ha podido localizar un proveedor accesible, por favor llámenos comuníquese al Departamento de Servicios Para Miembros y le ayudaremos a encontrar otro proveedor.

## **Acceso para miembros con impedimentos auditivos**

Personas con impedimentos auditivos se pueden comunicar con nosotros por medio de "California Relay Services" (servicios de ayuda para transmitir información) al número 711.

## **Acceso para miembros con impedimentos visuales (de la vista)**

Este Comprobante de Cobertura (EOC) / Manual para Miembros y otros materiales importantes del Plan de Salud estarán disponibles en letra grande, en el formato del disco de computadora, y en audio casete para personas con problemas de visión. Para formatos alternativos o para obtener ayuda directa para leer el EOC y otros materiales, por favor de comunicarse al Departamento de Servicios Para Miembros.

## **Acta de 1990 para americanos con incapacidades**

CenCal Health cumple con el Acta de 1990 de americanos con Incapacidades (ADA por sus siglas en inglés). El Acta prohíbe la discriminación basado en la incapacidad. La Acta protege a los miembros con incapacidades de ser discriminados acerca de programas de servicio. Además, la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 declara que ninguna persona calificada con incapacidades será excluída, debido a incapacidades, de participar en cualquier programa ni se le negarán beneficios, ni será sujeto a discriminación bajo ningún programa o actividad por la cual reciba beneficios federales de asistencia financiera.

## **Quejas por falta de acceso para incapacitados**

Si usted cree que el Plan de Salud o sus proveedores no han respondido a sus necesidades del acceso de incapacidad, usted puede registrar una queja con CenCal Health llamando al número 1-877-814-1861.

Si su Plan de Salud todavía no resuelve su queja de acceso de incapacidad,



comuníquese con:

Coordinador ADA / Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos  
(Managed Risk Medical Insurance Board)

P.O. Box 2769

Sacramento, CA 95812-2769

(916) 324-4695

Personas con impedimentos auditivos pueden llamar al 711 (TTY)

# Como usar el Plan de Salud

## **Localidades de proveedores y establecimientos**

POR FAVOR LEA  
LA SIGUIENTE  
INFORMACION PARA  
QUE SE DE CUENTA  
CON QUIEN O CON  
CUAL GRUPO DE  
PROVEEDORES USTED  
PUEDE RECIBIR SU  
CUIDADO MÉDICO.



Proveedores especialistas, farmacias, establecimientos y hospitales donde usted se puede atender están anotados en su Directorio de Proveedores. Su PCP le puede dar un pase con otros proveedores de CenCal Health para más servicios. Estos otros proveedores son escogidos por su educación, experiencia y su deseo de atender a nuestros miembros. Ellos están localizados por todo el Condado de Santa Bárbara y de San Luís Obispo. Aunque no es un requisito, cuando seleccione un proveedor, por favor acuérdesese de considerar un proveedor que esté dentro de 15 millas de distancia o dentro de 30 minutos de su casa. Si su Proveedor de Cuidado Primario le da un pase con un especialista que no se encuentra muy lejos de su casa, y usted prefiere obtener cuidado médico localmente, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros, para obtener más asistencia. Si usted desea más información sobre el grado profesional de su proveedor, si está certificado por la mesa directiva y cualquier calificación de especialidad secundaria que puedan tener, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembro para asistencia. También puede comunicarse con la Junta Médica de California, Unidad De Información Del Consumidor (Medical Board of California, Consumer Information Unit) al (916) 263-2382 o visite la Página de Internet al [www.medbd.ca.gov](http://www.medbd.ca.gov).

**Por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de proveedores que estén contratados con el Plan de Salud ó para pedir información específica del proveedor.**

## **Seleccionando un Proveedor de Cuidado Primario (PCP)**

Los nombres de los PCP están anotados en el Directorio de Proveedores de CenCal Health que va incluido en su Paquete de Miembro Nuevo. Utilice el Directorio de Proveedores para seleccionar un PCP para cada miembro elegible en su familia. El PCP proporcionará o coordinará todos los servicios médicos y del hospital para su niño.

Tome en consideración lo siguiente al tiempo de escoger un PCP para su niño:

- El PCP de su niño debe de estar localizado dentro de 30 millas de su casa o lugar de trabajo para acceso de cuidado de salud rápido.
- Cada miembro de la familia puede tener un diferente PCP.
- El PCP puede ser de medicina para la familia, proveedor de medicina general, o pediatra. CenCal Health proporciona acceso libre (no se requiere un pase) para miembros que requieren servicios de un obstetra/ginecólogo.

**Importante: Si usted no selecciona un PCP, CenCal Health le puede seleccionar un PCP para asegurar el acceso continuo para servicios de salud.**

### ***Fijar una cita***

Después que tenga su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), puede llamar a la oficina de su PCP para hacer una cita.

- Llame al número de teléfono que se encuentra en la Tarjeta de Identificación de Healthy Families de CenCal Health.
- Pida una cita – sea específico sobre la razón por la cual su niño va a mirar su doctor.
- Obtenga la dirección de la oficina si es la primera vez que va a esa oficina.

El PCP y el especialista le ayudarán a programar sus citas según la necesidad médica de su niño. CenCal Health tiene PCPs que dejan tiempo libre todos los días para poder programar citas para sus pacientes el mismo día según sus enfermedades. Por favor pregúntele al PCP si tiene disponible esta clase de servicio.

### ***Máximo tiempo que debe esperar para una cita***

- Para consultas de cuidado urgente, que no ocupan autorización previa, se ofrecen citas dentro de 48 horas
- Para consultas de cuidado urgente, que ocupan autorización previa, se ofrecen citas dentro de 96 horas
- Consultas de emergencia – inmediatamente en un hospital más cercano
- Citas para cuidado preventivo (examen físicos, citas para evaluar la salud tal como los chequeos anuales) – dentro de 30 días calendarios, asique asegúrese de llamar para pedir una cita con anticipación.
- Primera citas para el cuidado prenatal – dentro de 14 días calendarios (durante su primer trimestre)
- Consultas de cuidado primario que no son de urgentes – dentro de 10 días de negocio.
- Consultas que no son urgentes de cuidado primario cuando lo refieren con un especialista – dentro de 15 días de negocio.
- Consultas con un proveedor de salud mental (que no sea doctor) que no son de urgentes – dentro de 10 días de negocio.
- Consultas auxiliares (adicionales) que no son de urgentes – dentro de 15 días de negocio.
- Consultas auxiliares (adicionales) que no son urgentes – dentro de 15 días de negocio.

- Atención de prioridad y evaluación para cuidado primario (una manera de poner en orden a los pacientes basándose en la necesidad medica y tratamiento) – dentro de 30 minutos.

Por favor llegue a la oficina del PCP o del especialista unos minutos temprano antes de la cita que tenga programada para su niño. Es importante que llegue a tiempo para que el doctor de su niño lleve al corriente su horario para todos los pacientes que consultarán ese día.

### ***¿Necesita cancelar una cita?***

Si es posible, comuníquese con su doctor dentro de 24 horas antes de su cita. Si no atiende a la cita y no la cancela, su proveedor o PCP puede pedir que usted seleccione otro proveedor.

### ***Examen inicial de salud***

Le aconsejamos a todos miembros nuevos a ver a su PCP para un examen inicial de salud cuando se inscriben en el Programa de Healthy Families. La primera entrevista con su nuevo PCP es importante. Es el tiempo de conocerse uno al otro y de revisar el estado de su salud. Su doctor le ayudará entender sus necesidades médicas y aconsejarle como mantenerse sano. Le recomendamos que fije una cita para este examen dentro de dos (2) meses al partir de su elegibilidad con CenCal Health, así que asegúrese de llamar a la oficina de su doctor para hacer una cita.

### ***Como cambiar su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)***

Usted puede cambiar su PCP 12 veces por cada año de beneficio. Si por alguna razón, quiere cambiar su PCP, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros antes del 20 del mes y el cambio será efectivo el primer día calendario del próximo mes.

La selección a cierto PCP puede ser negada si el PCP no esta aceptando miembros nuevos.

CenCal Health o su PCP pueden solicitar que usted seleccione un nuevo PCP si hay problemas entre usted y su PCP y no pueden establecer una relación satisfactoria. El cambio será efectivo el primer día calendario del próximo mes.

Importante: Los proveedores de CenCal Health les proporcionarán servicios a los miembros de CenCal Health y no se garantiza la participación continua de un proveedor ó de un hospital.

### ***Cuidado continúo para miembros nuevos***

En algunas circunstancias, CenCal Health proporcionará el cuidado continuo para miembros nuevos que están recibiendo servicios médicos de un proveedor no-participante (que no participa con este Plan de Salud) tal como un médico o un hospital, cuando CenCal Health determina que el tratamiento de continuación con

este proveedor no-participante es médicamente necesario. Si es usted un miembro nuevo, puede solicitar permiso para continuar recibiendo servicios médicos bajo un proveedor no-participante si usted estuvo recibiendo estos servicios médicos antes de que usted se inscribiera con CenCal Health, y si usted tiene algunas de las siguientes condiciones:

- Una condición aguda. El término de los servicios cubiertos serán proporcionados según dure la condición aguda.
- Una condición crónica severa. Los servicios que cubre el Plan de Salud deben de completarse y proporcionarse durante el transcurso del tiempo necesario para rendir el tratamiento, y cuando se han hecho los arreglos para cambiar el miembro con otro proveedor conforme a una práctica buena y profesional, y según lo determine el Plan de Salud en conformidad con el miembro y el proveedor que ya no participa (término el contrato) con CenCal Health. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha en que se inscribió el miembro con CenCal Health.
- Un embarazo, incluyendo el cuidado de posparto. Los servicios que se cubren deben completarse y proporcionarse durante el transcurso del embarazo.
- Una enfermedad fatal. Los servicios que se cubren deben completarse y proporcionarse durante el transcurso de la enfermedad fatal. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha de que el proveedor termine su contrato con CenCal Health.
- El cuidado de un recién nacido hasta la edad de treinta seis (36) meses. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha de la terminación del contrato del proveedor.
- La ejecución de una cirugía u otro procedimiento que su plan anterior autorizó como parte del curso del tratamiento que se documentó y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor que no participa (no tiene contrato) con CenCal Health que ocurrirá dentro de 180 días a partir del día que el miembro se inscribió con CenCal Health.

Por favor comuníquese con el Departamento de Servicios Para Miembros para solicitar cuidado continuo, o para obtener una copia de nuestras pólizas de "Cuidado Continuo". Normalmente, para poder determinar si el miembro es elegible para recibir cuidado continuo nos basaremos en su condición médica; no nos basaremos solamente por el nombre de la condición. Si la solicitud es aprobada, usted solamente será responsable por los co-pagos aplicables bajo este Plan de Salud.

El Plan de Salud va solicitar que el proveedor no-participante (que no participa con este Plan de Salud) este de acuerdo con los mismos términos y mismas condiciones del contrato, incluyendo los términos de pagos, que se les impone a los proveedores que actualmente tienen contrato con el Plan de Salud y quienes proporcionan servicios similares. Si el proveedor no-participante no acepta los términos y las condiciones, CenCal Health no esta obligado a continuar con los servicios de este proveedor. CenCal Health no tiene la obligación de proporcionar cuidado continuo como se describe en esta sección para un miembro nuevo el cual tenia cobertura como

subscriber individual bajo otro Arreglo y el cual estuvo sometido en tratamiento en la fecha vigente de cobertura bajo Healthy Families. El cuidado continuo no proviene cobertura para beneficios que de otra manera están cubiertos bajo este Arreglo.

Usted será notificado de la decisión de Plan de Salud dentro de cinco (5) días calendarios al partir de la fecha que se recibió su solicitud para repaso sobre el cuidado continuo. Esta notificación será por escrito. Si determinamos que usted no satisface los requisitos para el cuidado continuo y usted no esta de acuerdo con nuestra determinación, vea la sección de CenCal Health para el Proceso de Quejas y Apelaciones.

Si tiene más preguntas acerca del cuidado continuo, le animamos que se comunique, por teléfono, con el Departamento de Administración de Cuidado Médico de California, quien protege a los consumidores de HMO, al número libre de cobro, 1-888-HMO-2219 y a la línea TDD para las personas con impedimentos auditivos, 1-877-688-9891; o a la Página de Internet [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

### ***Cuidado continuo debido a la terminación de un proveedor***

Si su PCP ó si otro proveedor de cuidado de salud dejan de trabajar (terminan su contrato) con CenCal Health, le dejaremos saber por correo 60 días antes de la fecha de la terminación del contrato.

Si usted tiene una de las siguientes condiciones, CenCal Health le proporcionará el cuidado continuo por los servicios cubiertos que usted haya obtenido antes que tal proveedor haya terminado su contrato con CenCal Health:

- Una condición aguda. El término de los servicios cubiertos serán proporcionados según dure la condición aguda.
- Una condición crónica severa. Los servicios que cubre el Plan de Salud deben de completarse y proporcionarse durante el transcurso del tiempo necesario para rendir el tratamiento, y cuando se han hecho los arreglos para cambiar el miembro con otro proveedor conforme a una práctica buena y profesional, y según lo determine el Plan de Salud en conformidad con el miembro y el proveedor que ya no participa (término el contrato) con CenCal Health. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha en que se terminó el contrato con el proveedor.
- Un embarazo, incluyendo el cuidado de posparto. Los servicios que se cubren deben completarse y proporcionarse durante el transcurso del embarazo.
- Una enfermedad fatal. Los servicios que se cubren deben completarse y proporcionarse durante el transcurso de la enfermedad fatal. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha de que el proveedor termine su contrato con CenCal Health.
- El cuidado de un recién nacido hasta la edad de treinta seis (36) meses. Los servicios que son cubiertos se deben completar y no deben exceder por más de doce (12) meses al partir de la fecha de la terminación del contrato del proveedor.

- La ejecución de una cirugía u otro procedimiento que CenCal Health autorizo anteriormente como parte del curso del tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor que no participa con el plan y que ocurrirá dentro de 180 días a partir de la fecha en que se terminó el contrato con el proveedor.

El cuidado continuo no se aplicará a los proveedores que han sido terminados debido a la causa disciplinaria médica, fraude, o por otra actividad criminal. El proveedor terminado debe de estar en acuerdo, por escrito, de proporcionarle servicios de acuerdo con los términos y las condiciones, incluyendo la cantidad del reembolso, de acuerdo con el previo contrato con CenCal Health. Si el proveedor no esta de acuerdo con estos términos y condiciones contractuales y con la cantidad del reembolso, no se nos requiere continuar los servicios del proveedor después de la fecha que se termine el contrato.

Por favor comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar cuidado continuo o para obtener una copia de nuestras pólizas de “Cuidado Continuo”. Normalmente, para poder determinar si el miembro es elegible para recibir cuidado continuo nos basaremos en su condición médica; no nos basaremos solamente por el nombre de su condición. La continuación de cuidado no proporciona cobertura de beneficios a menos que estén cubiertos bajo los términos de este acuerdo. Si su solicitud es aprobada, usted solamente será responsable por los co-pagos aplicables bajo este Plan de Salud.

CenCal Health le avisará sobre la decisión que tomo dentro de cinco (5) días de negocio al partir de la fecha que se recibió su solicitud para considerar el cuidado continuo. Si determinamos que no satisface los requisitos para el cuidado continuo y usted no está de acuerdo con nuestra determinación, vea la sección del Proceso de Quejas y Apelaciones de CenCal Health en este manual.

Si tiene más preguntas acerca del cuidado continuo, le animamos que se comuniquen, por teléfono, con el Departamento de Administración de Cuidado Médico de California, quien protege a los consumidores de HMO, al número libre de cobro, 1-888-HMO-2219 y a la línea TDD para las personas con impedimentos auditivos, 1-877-688-9891; o a la Página de Internet [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).

### ***Autorización previa para los servicios***

Su PCP coordinará sus necesidades del cuidado médico y, cuando sea necesario, arreglará los servicios de especialidad para usted. En algunos casos, CenCal Health debe de autorizar los servicios de especialidad antes de que usted reciba los servicios. Su PCP obtendrá los pases y las autorizaciones necesarias para usted. Algunos servicios de especialidad, tal como de servicios de OB/GYN, no requieren previa autorización para poder recibir estos servicios.

### ***Acceso Directo:***

Miembros no necesitan pases de su PCP de CenCal Health para los siguientes servicios:

- Todos los servicios urgentes y de emergencia médicamente necesarios ;
- Servicios de acupuntura y de quiropráctico;
- Servicios de Planificación Familiar;
- Servicios de obstetricia/ginecología incluyendo enfermera especializada en partos (parteras). Las parteras deben ser supervisadas por un obstetra contratado con el Plan de Salud
- Pruebas de embarazo y asesoramiento (consejos):
- Métodos anticonceptivos;
- Evaluación y asesoramiento del VIH.
- Tratamiento del SIDA
- Prueba y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente;
- Servicios de aborto (terminación del embarazo) y asesoramiento.
- Servicios y asesoramiento para las personas que abusan las drogas y el alcohol;
- Servicios de salud mental y asesoramiento como paciente ambulatorio (externo)
- Servicios de asalto sexual;
- Educación de nutrición (Primera visita)
- Servicios de lactancia

Si usted quiere estos servicios, primero revise su Directorio de Proveedores para información sobre un proveedor adecuado. Llame a nuestro Departamento de Servicios Para Miembros para asegurar que el proveedor sigue contratado con CenCal Health. Entonces, puede fijar una cita. Para el cuidado urgente o de emergencia cuando sea médicamente necesario ya sea dentro o fuera del área de servicio de CenCal Health, por favor vaya a un estableciendo más cercano. CenCal Health comprende que los servicios de emergencia no necesariamente serán proporcionados por proveedores que se encuentran anotados en el Directorio de Proveedores.

Si usted ve a un especialista o recibe servicios de especialidad, que no están mencionado anteriormente, antes de que usted reciba la autorización requerida, entonces usted será responsable de pagar el costo del tratamiento. Si CenCal Health rechaza su solicitud para servicios de especialidad, CenCal Health le enviará una carta que explica la razón por cual fue rechazada y cómo usted puede apelar la decisión si usted no esta de acuerdo con el rechazo.

### ***Pases a especialistas***

Su PCP puede decidir si le da un pase con un doctor (un especialista) para que obtenga cuidado para una condición médica específica. Para la mayoría de servicios que se cubren pero que no serán proporcionados por su PCP, incluyendo especialidad, hospital (cuando no es emergencia), servicios de laboratorio y rayos x, estos servicios deben de ser autorizados por adelantado por su PCP. Su PCP consultará con usted y seleccionará un especialista participante (que participa con el plan), un hospital participante, u otro proveedor participante donde usted puede recibir estos servicios. Para una lista de especialistas por favor llame al Departamento de Servicios Para Miembros.

En caso que no encuentre un proveedor participante disponible para realizar los servicios necesarios, su PCP le puede dar un pase para estos servicios con un proveedor que no participa con el Plan de Salud pero solamente después de obtener autorización de CenCal Health.

### ***Pases fijos (prolongado)***

Si usted tiene una condición o enfermedad que requiere cuidado médico especializado por un tiempo prolongado, usted puede necesitar un pase prolongado a un especialista para poder continuar el cuidado continuo. Si usted recibe un pase prolongado a un especialista, usted no tendrá que obtener un pase cada vez que mire a ese especialista. Adicionalmente, si su condición o enfermedad pone en peligro su vida, o es degenerativa, o le causa un impedimento, tal vez tendrá que obtener un pase prolongado a un especialista o a un centro de cuidado especializado que tenga la experiencia para el tratamiento de la condición o enfermedad con el objetivo de que el especialista coordine su cuidado médico. Para obtener un pase prolongado, llame a su PCP. Si después de haber llamado a su PCP, no está satisfecho con el resultado comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda o también puede registrar una queja. Por favor vea la sección de CenCal Health del Proceso de Quejas y Apelaciones en este manual.

Éste es un resumen de la póliza de CenCal Health sobre los pases de especialista. Para obtener una copia de nuestra póliza, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros.

Si usted ve un especialista o recibe servicios de especialidad antes de obtener el pase requerido, usted será responsable de pagar el costo del tratamiento. Si CenCal Health niega su solicitud para servicios de especialidad, CenCal Health le enviará una carta que explica la razón por el rechazo y cómo usted puede apelar la decisión si usted no está de acuerdo con el rechazo.

### ***Obteniendo una segunda opinión***

A veces usted puede tener preguntas sobre su enfermedad o la recomendación que hizo su PCP sobre el plan de tratamiento. Usted puede pedir un pase para una segunda opinión por cualquier razón, incluyendo las siguientes:

- Si tiene alguna duda de la necesidad o del razonamiento de los procedimientos quirúrgicos recomendados.
- Si tiene alguna duda de la diagnosis o plan de cuidado por una condición crónica o sobre una condición que pone en peligro a la vida, a la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida de una función corporal (del cuerpo), o un impedimento substancial.
- Si las indicaciones de su proveedor no están claras, sino complicadas y confusas.
- Si su proveedor no puede diagnosticar la condición médica o la diagnosis está en duda debido a resultados de exámenes conflictivos.
- Si el tratamiento en progreso no está mejorando su condición médica dentro de un periodo de tiempo apropiado.
- Si usted ha intentado seguir el plan de cuidado, o ha consultado con el proveedor inicial sobre su preocupación tocante la diagnosis o plan de cuidado.

Usted debe hablar con su PCP si usted desea obtener una segunda opinión. Si pide una segunda opinión su PCP puede referirlo a un proveedor que se encuentre en la lista de proveedores contratados con CenCal Health y que participe con el Plan de Salud y que este apropiadamente calificado. Si su PCP lo refiere con un proveedor que no tiene contrato tendrá que obtener un pase por medio de su Plan de Salud.

Después de que usted o su PCP soliciten permiso para obtener una segunda opinión, CenCal Health autorizará o negará su petición de una manera expeditiva (rápida). Si su condición médica tiene que ver con un problema serio e inminente contra su salud, incluyendo más no limitado a, la pérdida potencial de la vida, el daño serio a las partes del cuerpo, o a una pérdida función principal del cuerpo, o si un tratamiento se retrasa perjudicaría su capacidad de recuperar la función máxima, su petición para una segunda opinión será procesada dentro de setenta y dos (72) horas después que CenCal Health reciba su petición,

Si usted pide una segunda opinión sobre el cuidado que su Proveedor de Cuidado Primario le proporcionó y se autoriza esa petición, usted recibirá esa segunda opinión con un profesional de cuidado de salud que usted escoja dentro de la red de proveedores bajo el Plan de Salud. Si usted pide una segunda opinión sobre el cuidado que un especialista le proporcionó y se autoriza esa petición, usted recibirá una segunda opinión con un especialista que tenga calificaciones apropiadas y que sea de su preferencia el cual está dentro de la red de proveedores bajo el plan de CenCal Health. Si no hay un proveedor profesional de cuidado de salud que tenga calificaciones apropiadas dentro de la red de proveedores bajo el plan de CenCal Health, entonces CenCal Health autorizará una segunda opinión de un proveedor no participante que sea profesional de cuidado de salud y tenga calificaciones apropiadas. Usted será responsable de pagar todos los co-pagos de una segunda opinión.

Si le negamos su petición para obtener una segunda opinión y usted desea apelar nuestra decisión, por favor refiérase a sección de Proceso de Quejas y Apelaciones.

Este es un resumen sobre la póliza de segundas opiniones de CenCal Health. Para obtener una copia de nuestra póliza, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

### ***Revisión de la utilización de servicios***

Cuando un proveedor le pide a CenCal Health una autorización de tratamiento, el Plan de Salud aprobará o negará el tratamiento en un tiempo razonable la cual será, a lo más tardar, setenta y dos (72) horas, según la naturaleza de la condición y basándose en las siguientes consideraciones:

- Servicios y medicamentos de rutina que necesitan autorización previa
- CenCal Health tiene que aprobar o negar las peticiones para autorizar los servicios regulares dentro de dos (2) días laborables, y tiene que darle noticia al proveedor de su decisión dentro de veinticuatro (24) horas después de la decisión.
- Servicios y medicamentos urgentes o de emergencia

El proveedor no necesita el permiso de CenCal Health para los servicios urgentes o de emergencia antes de suministrar el tratamiento. El proveedor puede proveer el tratamiento primero y luego obtener autorización de CenCal Health.

Usted puede pedir una copia del proceso de repaso de utilización para la autorización de tratamiento y / o el criterio y las regulaciones para los procesos o condiciones específicos llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

### ***Obteniendo beneficios de farmacia***

Su doctor le recetará medicamentos que son apropiados para su condición, y esos medicamentos se encuentran en el formulario (lista) de medicamentos los cuales se cubren y fueron aprobados por CenCal Health y la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés). El Formulario también indica si existe una versión genérica de una marca establecida, y si su médico necesitará autorización de CenCal Health antes de recetar el medicamento. Para obtener una copia del Formulario de Medicamentos de Receta de CenCal Health por favor comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros.

Si usted necesita una medicina que no está en el formulario y/o requiere autorización previa, el doctor de su niño enviará, a la Administrador de Beneficios de Farmacia “Pharmacy Benefit Manager” de CenCal Health, un formulario que lleva por nombre Petición de Formulario Médico (MRF por sus siglas en inglés). El formulario también será repasado por nuestro personal del Departamento de Servicios de Salud quienes se comunicarán con su doctor para informarle que su petición fue aprobada o negada.

Si una petición fuese negada, le notificarán a usted y a su doctor sobre sus derechos de registrar una apelación bajo el Proceso de Quejas y Apelaciones de CenCal Health y también le notificarán cuanto tiempo se ocupa para darle una respuesta a su apelación. El doctor substituirá medicamento de marca registrada con medicamento genérico cuando sea apropiado para su condición.

***Importante:*** No hay garantía que el médico le recetará un medicamento (para el tratamiento de su niño para una condición médica) solamente porque se encuentra en el formulario. Si usted quiere más información acerca de algún medicamento del formulario, consulte con él médico. Por medio de un proceso, CenCal Health revisa y autoriza los medicamentos que su médico del plan receta a su niño.

Medicamentos que le recetaron a su niño para un tratamiento y uso alternativo, también tienen que ser autorizados y repasados por CenCal Health. Si CenCal Health le niega algún medicamento, usted puede archivar una apelación acelerada (rápida) por medio del Proceso de Quejas y Apelaciones en este manual.

### ***¿Qué pasa si el medicamento que le recetaron no está en la lista del formulario de CenCal Health?***

Si la condición de su niño requiere un medicamento que no está en la lista del formulario, su médico o farmacéutico puede pedir un permiso o una autorización especial de CenCal Health.

### ***¿Cómo surtir sus recetas?***

Siga estos pasos para obtener medicamento que le recetaron a su niño:

- Lleve su receta a una farmacia la cual esta anotada en su Directorio de Proveedores.
- Muéstrela al farmacéutico o al técnico de farmacia su Tarjeta de Identificación de Healthy Families de CenCal Health.
- Pague solamente el co-pago requerido cada vez que surta su medicamento.

### ***Ubicación (sitios) de farmacias***

Para ayudar a los miembros obtener medicamentos con recetas, la lista de farmacias de CenCal Health incluye la mayoría de las farmacias, cadenas de supermercados, y muchas farmacias independientes. Por favor refiérase a su Directorio de Proveedores, o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

### ***¿Cómo se escogen los medicamentos para el formulario?***

El Formulario de Medicamentos de receta de CenCal Health lo creó y lo mantiene el Comité de Farmacia y Terapéuticos de CenCal Health. Antes de decidir si se incluye un medicamento en el formulario, el comité repasa la literatura médica y consulta con especialistas para asesorar el medicamento por su:

- Aprobación de la FDA
- Seguridad
- Efectividad
- Efectos secundarios perjudiciales
- Resultados
- Efectividad del costo (cuando hay opción entre dos medicamentos que tienen el mismo efecto, el medicamento menos costoso es agregado al formulario)

Luego se vota antes de añadir el medicamento al formulario. Los miembros que votan no son empleados de CenCal Health. Las decisiones son objetivas y libres de conflictos de interés.

Este comité se reúne por lo menos cada tres meses para evaluar los medicamentos y establecer la póliza y los procedimientos del formulario. El formulario se pone al corriente cuando hay nueva información y cuando se aprueben medicamentos nuevos. Si desea una copia del formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios Para Miembros.

### ***Obteniendo cuidado urgente***

Servicios de cuidado urgente son servicios médicos de cuidado de salud necesarios que se requieren para prevenir que se empeore una enfermedad seria de la salud y resulten de enfermedades inesperadas, lesiones, dolor, o complicaciones de una condición que ya existe, incluso el embarazo, por cual el tratamiento no puede esperar. CenCal Health cubre servicios urgentes fuera del área de servicio en cualquier tiempo, o cubre cuando este dentro del área de servicio en las noches y en los fines de semana. Para que CenCal Health cubra los servicios de cuidado urgente, tales servicios deben ser necesarios para prevenir que se empeore una enfermedad seria y no puede esperar por una cita regular con su médico. Durante la primera visita, hable con su PCP tocante lo que el/ella quiere que haga cuando la oficina este cerrada y usted cree que va a necesitar servicios de cuidado urgente.

Para obtener servicios de cuidado urgente cuando está dentro del área de servicio de CenCal Health, durante la noche o en fin de semana, y usted cree que su niño tal vez requiera de servicios de cuidado urgente, usted debe:

- Llamar, o hacer que alguien llame inmediatamente al PCP del niño. El número de teléfono del PCP se encuentra en frente de la Tarjeta de Identificación de CenCal Health. Hay ayuda disponible las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días de la semana. Si el PCP de su niño no está disponible, se pondrán en contacto con él médico que esté de guardia. Explíquelo la condición del niño y siga las instrucciones proveídas.
- ¿No puede comunicarse con su Proveedor de Cuidado Primario? Vaya al centro de urgencia más cercano de CenCal Health, y si no hay un centro de servicio urgente disponible, vaya al centro de emergencia más cercano.
- Refiérase a su Directorio de Proveedores para obtener información sobre un centro de servicio urgente más cercano

Para obtener servicios de cuidado urgente cuando está fuera del área de servicio de CenCal Health, vaya al centro de urgencia más cercano y asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de CenCal Health. Además, debe de hacer una cita de seguimiento con su PCP lo más pronto posible. Si no hay un centro de servicio urgente disponible, vaya al centro de emergencia más cercano.

### ***Obteniendo servicios de cuidado médico de emergencia***

Una emergencia es una condición médica o psiquiátrica, incluso el parto activo o dolor severo, que manifiesta síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo) y que si no se rinde atención médica de inmediato, podría resultar en cualquiera de lo siguiente:

- Perjudicar seriamente la salud del paciente, o
- Causar daño serio a las funciones normales del cuerpo, o
- Causar daño serio a cualquier órgano o partes del cuerpo.

Los ejemplos incluyen:

- Huesos rotos
- Dolor de pecho
- Quemaduras graves
- Desmayos
- Una sobredosis de droga
- Parálisis
- Cortadas graves que no dejan de sangrar
- Condiciones psiquiátricos de emergencia

***Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.***

Se cubren los servicios de emergencia fuera y dentro del área de servicios de cobertura de CenCal Health.

Si su niño requiere más servicios después del tratamiento médico de emergencia, debe obtener estos servicios por medio del PCP de su niño, o con el pase o autorización de su PCP o CenCal Health. El cuidado continuo en la sala de emergencia no es un beneficio cubierto a menos que usted obtenga autorización previa de su PCP o CenCal Health. Su PCP o CenCal Health arreglarán servicios continuos, para su condición, después de la emergencia. Si admiten a su niño al hospital a través de la sala de emergencia, por favor trate de comunicarse con CenCal Health lo más pronto posible. Se harán arreglos para que transfieran a su niño a un proveedor o centro de CenCal Health, con tal que la mudanza no dañe la salud de su niño.

***¿Qué hacer si no está seguro si tiene una emergencia?***

Si no está seguro si su niño tiene una emergencia o requiere cuidado urgente, llame al PCP de inmediato. Una emergencia es una condición médica con síntomas serios que requieren atención médica de inmediato. Si todavía no está seguro si la condición es de emergencia, vaya inmediatamente a la sala de emergencia o llame al número "911" para obtener ayuda cuando necesite servicios de transporte de ambulancia, y usted razonablemente cree que la condición se debe tratar de inmediato, es seria, y requiere transporte de ambulancia a un centro apropiado.

***Servicios después de la estabilización y cuidado de seguimiento después de una emergencia***

Cuando su hijo haya recibido tratamiento de emergencia en un hospital y se determine que ya no existe ninguna emergencia y la condición de su hijo está estable, el doctor que rindió el tratamiento tal vez querrá que su hijo permanezca más tiempo en el hospital; para que su hijo salga del hospital con seguridad. Los servicios que su hijo recibe después de que se haya tratado una condición de emergencia y se encuentre estable se llaman "servicios después de estabilización."

Si su hijo recibió servicios de emergencia en un hospital que no sea parte de un proveedor de red contratado (un proveedor sin contrato con CenCal Health), el hospital sin contrato se comunicará con CenCal Health para obtener autorización para que su hijo se pueda quedar en ese hospital si los doctores de ese hospital creen que su hijo necesita permanecer ahí más tiempo hasta que la condición de su hijo este estable.

Usted no tendrá que pagar por esos servicios si CenCal Health da autorización para que su hijo permanezca en el hospital que no tiene contrato, excepto de los co-pagos que CenCal Health normalmente requiere.

Cuando el hospital sin contrato le avise a CenCal Health que la condición de su hijo está estable y no es peligroso moverlo a un hospital que tenga contrato con CenCal Health, entonces CenCal Health pagará y hará los arreglos necesarios para que trasladen a su hijo de un hospital sin contrato a otro que tenga contrato con CenCal Health.

En caso que los doctores y CenCal Health determinen que su hijo está en condiciones de poderse mover a un hospital contratado y usted o su esposo(a) o el guardián legal no están de acuerdo que muevan a su hijo de ese hospital, entonces el hospital sin contrato le tendrá que notificar por escrito avisándole que usted será responsable por todos los gastos para los servicios que le proporcionaron a su hijo después de la estabilización (después de que hayan rendido tratamiento de emergencia y la condición de su hijo se estabilizó)

Además, tal vez tendrá que pagar por servicios si el hospital sin contrato no puede obtener su nombre o información necesaria para poderse comunicar con el plan y pedir autorización para poder rendir servicios después de que su hijo este estable.

SI USTED CREE QUE LE COBRARON POR ERROR POR SERVICIOS DESPUES DE LA ESTABILIZACIÓN QUE SU HIJO RECIBIÓ POR MEDIO DE UN HOSPITAL QUE NO TIENE CONTRATO CON EL PLAN, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE CENCAL HEALTH AL NÚMERO, LIBRE DE COBRO, 1-877-814-1861 DE LUNES A VIERNES DE 8AM A 5PM

### ***Servicios que no se cubren***

CenCal Health no cubre servicios médicos que no son urgentes o de emergencia si tales servicios los recibió en un centro de cuidado urgente o de emergencia, si usted razonablemente sabía que no existía una emergencia o una situación urgente. Usted será responsable por todos los cobros relacionados a estos servicios.

### ***Co-pagos***

Se requiere que usted pague una cuota (una pequeña cantidad de dinero por algunos servicios). Esto se llama co-pago. Lo máximo que tiene que pagar es la cantidad de \$250 por año de beneficio para todos los niños en su familia. Todo los co-pagos de Healthy Families, que pague cada miembro de su familia durante el año de beneficio,

se aplicarán hacia el límite máximo del co-pago anual de \$250. Por favor de mirar los beneficios que son cubiertos bajo el Plan de Salud que se encuentran en esta manual para obtener más información de co-pagos.

Todos los miembros inscritos en el programa de Healthy Families deben de guardar todos los recibos de visitas de doctor y medicamentos de receta. Es su responsabilidad de mantenerse al tanto de sus recibos de co-pagos y de avisarle al Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health cuando usted haya llegado al límite máximo de \$250 llamando al número, libre de cobro, que se encuentra anotado hacia debajo de cada página de este manual (guía).

Cuando CenCal Health verifique que haya llegado al límite máximo de \$250 en co-pagos, entonces se le enviará una nueva tarjeta de identificación indicando que ningún miembro de su familia tendrá que pagar los co-pagos por el resto del año de beneficio. Si puede comprobar que pagó más de \$250 en co-pagos durante el 1 de octubre 2011 y 30 de septiembre del 2012, el Plan de Salud le reembolsará la cantidad que sobrepasó de \$250.

No se le cobrará un co-pago por exámenes de rutina y cuidado preventivo. Tampoco se le cobrará un co-pago por cualquier servicio de cobertura para los miembros que tengan veinticuatro (24) meses de edad o menos para visitas de bebé sano, exámenes de salud, y otras visitas de oficina. No se les cobrará co-pagos a los miembros cuales el programa de Healthy Families determinó, bajo reglamentos, que son de ascendencia Indígena Americano o de Nativo de Alaska. Para obtener más información sobre la renuncia de co-pagos para los Indígenas Americanos o Nativos de Alaska, por favor refiérase al manual del programa de Healthy Families o comuníquese al programa de Healthy Families al número 1-800-880-5305.

### ***Responsabilidades del miembro***

Generalmente, el único cobro que tendrá que pagar para servicios de cobertura serán los co-pagos requeridos como se describen en este Comprobante de Cobertura/Manual para Miembros.

Si recibe servicios que NO son cubiertos por el Plan, usted puede ser responsable de pagar por servicios que recibió tal como;

- Los servicios que no son de emergencia y los recibió en la sala de emergencia.
- Los servicios que no son de emergencia ni urgentes que se recibieron fuera del área de servicio de CenCal Health a menos que hayan sido autorizados antes de haberlos recibido.
- Los servicios de especialidad si los recibió antes de obtener autorización de CenCal.
- Los servicios que recibió por medio de un proveedor que no participa con el Plan de Salud, a menos que estos servicios sean por alguna situación que se describe en este Comprobante de Cobertura/Manual para Miembros. Por ejemplo, servicios que recibió fuera del área de servicio del Plan de Salud si fueron urgentes y de emergencia, o servicios de especialidad que fueron aprobados por el Plan de Salud

- (revise la sección de “Pases a Especialistas”).
- Los servicios que recibió exceden (pasan) el límite de beneficios como se describe en este Comprobante de Cobertura/Manual para Miembros, a menos que sean aprobados por CenCal Health.

CenCal Health es responsable por pagar todos los servicios que se cubren incluyendo los servicios urgentes y de emergencia; menos por los co-pagos apropiados. Usted no será responsable por pagarle al proveedor ninguna cantidad que deba CenCal Health con tal de que los servicios sean de cobertura.

En el evento que CenCal Health no le pague a un proveedor que no participa con el Plan por servicios **que son cubiertos y aprobados** por el plan, usted no será responsable por el costo de ningún servicio de cobertura. Los servicios que se cubren son aquellos que se encuentran y describen en este Comprobante de Cobertura/Manual para Miembros. El proveedor que no participa con el Plan debe de cobrarle por todo, menos el co-pago apropiado, a CenCal Health no a usted; por servicios de cobertura. Pero tome en cuenta que los servicios con un proveedor que no participa en el Plan, no se cubren a menos que se describan (encuentren) dentro de este Comprobante de Cobertura/Manual para Miembros.

Si un proveedor, sin importar si es o no es participante del plan, le cobra por algún servicio que se este cubierto, por favor comuníquese con del Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health al número de teléfono, libre de cobro, que se encuentra anotado al final de cada página.

# Guía de Beneficios Bajo el Plan de Salud

EL PROPÓSITO DE ESTA Guía Ó LISTA DE BENEFICIOS, ES PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. refiérase A LA sección DE DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS PARA UNA DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA DE LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA, Y DE LAS LIMITACIONES.

Beneficios*	Servicios	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C
Servicios de hospital para paciente internado	Habitación y hospedaje, cuidado general de enfermería, y todos los servicios auxiliares que son médicamente necesarios.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios de hospital para paciente ambulatorio (externo)	Servicios de diagnóstico, terapéuticos, y servicios quirúrgicos que se rindieron en un hospital, o en un centro ambulatorio (externo).	Sin co-pago excepto <ul style="list-style-type: none"> <li>\$5 co-pago por visita para terapia física, ocupacional y del habla, que se rindieron para paciente ambulatorio (externo).</li> <li>\$5 co-pago por visita para los servicios de atención médica de emergencia (con excepción si el miembro es admitido en el hospital)</li> </ul>	Sin co-pago excepto <ul style="list-style-type: none"> <li><b>\$10</b> co-pago por visita para terapia física, ocupacional y del habla, que se rindieron para paciente ambulatorio (externo).</li> <li><b>\$15</b> co-pago por visita para los servicios de atención médica de emergencia (con excepción si el miembro es admitido en el hospital)</li> </ul>
Servicios profesionales	Servicios y consultas por un médico o por un proveedor de cuidado médico con licencia.	\$5 co-pago por visitas a la oficina del médico o en el hogar, excepto: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin co-pago para servicios profesionales para paciente internado en un hospital</li> <li>Sin co-pago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia, o tratamientos de diálisis</li> <li>Sin co-pago para miembros de 24 meses de edad o más jóvenes.</li> <li>Sin co-pago para pruebas de visión y oído, o para aparatos auditivos.</li> </ul>	<b>\$10</b> co-pago por visitas a la oficina del médico o en el hogar, excepto: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin co-pago para servicios profesionales para paciente internado en un hospital</li> <li>Sin co-pago para cirugía, anestesia, radiación, quimioterapia, o tratamientos de diálisis</li> <li>Sin co-pago para miembros de 24 meses de edad o más jóvenes.</li> <li>Sin co-pago para pruebas de visión y oído, o para aparatos auditivos.</li> </ul>

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Servicios médicos preventivos	Exámenes médicos periódicos, cuidado de bebé sano, pruebas diagnosticas de rutina, servicios de laboratorio, vacunas, y servicios para detectar enfermedades sintomáticas  Barniz para dientes por un proveedor/doctor para niños de 0 a 5 años de edad; hasta 3 veces en un año de beneficio.	Sin co-pago	Sin co-pago
Radiografía diagnóstica y servicios de laboratorio **	Servicios de laboratorio, diagnósticos, y servicios terapéuticos radiológicos necesarios para evaluar, diagnosticar, y tratar apropiadamente a los miembros.	Sin co-pago	Sin co-pago
Cuidado de diabetes **	Equipo y suministros para la administración y tratamiento de los diabéticos que usan insulina, cuando sean médicamente necesarios, aun cuando los suministros (artículos) estén disponibles sin receta.	\$5 co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de “Programa de Medicamentos con Receta”	<b>\$10</b> co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de “Programa de Medicamentos con Receta”
Cuidado Pediátrico de Asma	Equipo y suministros cuando son médicamente necesarios para la administración y tratamiento del asma aun cuando los suministros están disponibles sin recetas.	\$5 co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de “Programa de Medicamentos con Receta”	<b>\$10</b> co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de “Programa de Medicamentos con Receta”
Cobertura de medicamentos de receta **	Medicamentos con receta por un proveedor de servicios de salud con licencia.	\$5 co-pago por cada receta – suministros de hasta 30 días para medicinas genéricas y de marca.  \$5 co-pago por cada receta – suministros de hasta 90 días para medicinas genéricas y de marca.  • Sin co-pago para medicamentos con receta suministrados a un paciente internado	<b>\$10</b> co-pago por cada receta – suministros de hasta 30 días para medicinas genéricas.  <b>\$15</b> co-pago por cada receta - suministros de hasta 30 días para medicinas de marca a menos que no haya medicina genérica equivalente o si es médicamente necesario usar medicinas de marca, entonces se aplica el co-pago de \$10

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

Beneficios*	Servicios	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin co-pago para medicamentos administrados en la oficina de un médico, o en un centro para pacientes ambulatorios (externos).</li> <li>• Sin co-pago para suministros y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)</li> </ul>	<p><b>\$10</b> co-pago por cada receta - suministros de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento que se obtengan a través de una farmacia que participe con el plan o a través del programa de “pedido por correo” del plan para medicinas genéricas.</p> <p><b>\$15</b> co-pago por cada receta - suministros de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento de marca que se obtengan a través de una farmacia que participe con el plan o a través del programa de “pedido por correo” del plan a menos de que no haya un medicamento genérico equivalente o si es medicamento necesario usar medicina de marca; entonces se aplica el co-pago de \$10</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin co-pago para medicamentos con receta suministrados a un paciente internado</li> <li>• Sin co-pago para medicamentos administrados en la oficina de un médico, o en un centro para pacientes ambulatorios (externos).</li> <li>• Sin co-pago para suministros y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)</li> </ul>

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Equipo médico duradero **	Equipo médico apropiado para el uso en el hogar que principalmente sirve para un propósito médico, con la intención de un uso repetido, y que por lo general no es útil a una persona que no tiene una enfermedad o lesión.	Sin co-pago	Sin co-pago
Aparatos ortóticos/ prostéticos **	Original o reemplazo de aparatos cuando sean prescritos por un proveedor de servicios de salud con licencia.	Sin co-pago	Sin co-pago
Lentes para cataratas y lentillas **	Lentes para cataratas y lentillas, micro lentillas para cataratas, o lentillas intraoculares que reemplazan los lentes naturales del ojo después de que se hace una operación de cataratas.	Sin co-pago	Sin co-pago
Cuidado de maternidad	Servicios profesionales y de hospital relacionados con el cuidado de maternidad.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios de planificación familiar	Servicios voluntarios de planificación familiar.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios de transporte médico **	El transporte de emergencia en una ambulancia y el transporte no urgente para transferir a un miembro entre un hospital a otro hospital; entre un hospital a un establecimiento; o entre un establecimiento a una casa.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios de atención médica de emergencia **	Servicios de emergencia se cubren en ambos dentro y fuera del área de servicio del Plan de Salud y dentro y fuera del área de servicio del Plan de Salud de los establecimientos que participan.	\$5 co-pago por visita (no se cobra nada si el miembro es admitido en el hospital)	<b>\$15</b> co-pago por visita (no se cobra nada si el miembro es admitido en el hospital)

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUAL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Servicios de cuidado de salud mental para paciente internado	Cobertura de servicios de cuidado de salud en un hospital participante cuando lo ordenó y ejecutó un proveedor (profesional) de salud mental del plan para el tratamiento de una condición de salud mental.		
Servicios de salud mental	Esto incluye pero no se limita al tratamiento para los niños que han sufrido algún trastorno funcional de familia o trauma, abuso, negligencia, violencia doméstica, abuso de droga en la familia, divorcio, o pérdida de un ser querido.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios Trastorno Emocional Serio (SED)	<p>Los servicios y tratamiento de salud mental para pacientes internados cuando el condado determina que sufre de una condición de un Trastorno Emocional Serio (SED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Plan de Salud proporcionará todos los servicios médicos necesarios de cobertura hasta que el Departamento de Salud Mental del Condado establezca la elegibilidad del suscriptor niño que sufre de SED para que continúe el Departamento de Salud Mental del Condado con el tratamiento medicamente necesario para la condición SED.</li> <li>• El Plan de Salud y el Departamento de Salud Mental del Condado coordinarán los servicios y asegurarán de que todos los servicios y tratamiento medicamente necesarios se proporcionen para los miembros que tienen una condición de SED.</li> </ul>	Sin co-pago	Sin co-pago

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

Beneficios*	Servicios	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A	Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C
Servicios para las Enfermedades Mentales Severas (SMI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico por medio del Plan de Salud para servicios tales como cuidado primario, cuidado de especialidad, y otros servicios para las condiciones medicas que no son relacionados a una condición de SED</li> </ul> <p>Servicios de Enfermedades Mentales Severas Enfermedades Mentales Severas (SMI). Lo siguiente son ejemplos de condiciones de (SMI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia.</li> <li>• Alteración esquizoafectiva.</li> <li>• Alteración bipolar (maníaco-depresivo).</li> <li>• Alteraciones depresivas mayores.</li> <li>• Alteración de pánico.</li> <li>• Alteración obsesiva-compulsiva.</li> <li>• Alteración penetrante o autismo.</li> <li>• Anorexia nerviosa.</li> <li>• Bulimia nerviosa.</li> </ul>	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios del cuidado de salud mental para paciente ambulatorio (externo)	Servicios de cuidado de salud mental cuando lo ordenó y ejecutó un proveedor (profesional) de salud mental del Plan de Salud.		
Servicios de cuidado de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esto incluye pero no se limita al tratamiento para los niños que han sufrido algún trastorno funcional de familia o trauma, abuso, negligencia, violencia doméstica, abuso de droga en la familia, divorcio, o pérdida de un ser querido</li> </ul>	\$5 co-pago por visita	<b>\$10</b> co-pago por visita

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
<p>Servicios para las enfermedades de Trastorno Emocional Serio (SED)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros de la familia estarán involucrados en el tratamiento cuando es medicamento necesario para la recuperación del niño.</li> <li>• Esto incluye pero no se limitan los servicios del cuidado de salud para pacientes ambulatorios para el tratamiento de los servicios para las Enfermedades Mentales Severas (SMI)</li> </ul> <p>Los servicios que el condado determina que son para el tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios con una condición de un Trastorno Emocional Serio (SED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El Plan de Salud puede referir el miembro al Departamento de Salud Mental para el tratamiento de una condición de SED. El Plan de Salud proporcionará todos los servicios médicos necesarios de cobertura hasta que el Departamento de Salud Mental del Condado establezca la elegibilidad del miembro niño para que el Departamento de Salud Mental del Condado continúe con el tratamiento medicamente necesario para la condición (SED).</li> <li>• El Plan de Salud y el Departamento de Salud Mental del Condado coordinarán los servicios y asegurarán de que todos los servicios y tratamiento medicamente necesarios se proporcionen para los miembros que tienen una condición de SED.</li> </ul>	<p>Sin co-pago</p>	<p>Sin co-pago</p>

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Servicios para las Enfermedades Mentales Severas (SMI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico por medio del Plan de Salud para servicios tales como cuidado primario, cuidado de especialidad, y otros servicios para las condiciones médicas que no son relacionados a una condición de SED</li> </ul> <p>Servicios de Enfermedades Mentales Severos</p> <p>Enfermedades Mentales Severas (SMI). Lo siguiente son ejemplos de condiciones de (SMI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrenia.</li> <li>• Alteración esquizoafectiva.</li> <li>• Alteración bipolar (maníaco-depresivo).</li> <li>• Alteraciones depresivas mayores.</li> <li>• Alteración de pánico.</li> <li>• Alteración obsesiva-compulsiva.</li> <li>• Alteración penetrante o autismo.</li> <li>• Anorexia nerviosa.</li> <li>• Bulimia nerviosa.</li> </ul>	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios para el abuso del alcohol y las droga para paciente internado	Hospitalización para remover sustancias tóxicas del sistema.	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios para el abuso del alcohol y las droga para paciente ambulatorio (externo)	Intervención en caso de crisis y tratamiento de alcoholismo o abuso de droga.	\$5 co-pago por visita	<b>\$10</b> co-pago por visita
Servicios de salud en el hogar	Servicios proveídos en el hogar por un personal de cuidado de salud	Sin co-pago, excepto \$5 co-pago por visita por terapia física, y terapia de habla	Sin co-pago, excepto <b>\$10</b> co-pago por visita por terapia física, y terapia de habla
Cuidado de enfermería especializada	Servicios proveídos en un centro de enfermería especializada con licencia El beneficio se limita a un máximo de 100 días por año de cobertura	Sin co-pago	Sin co-pago

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Terapia física, terapia ocupacional, y terapia de habla **	La terapia se puede proveer en una oficina médica o en otro lugar apropiado de atención de pacientes ambulatorios (externos)	\$5 co-pago por visita cuando se proporcionan en un lugar de atención de pacientes ambulatorios (externos)  Sin co-pago para la terapia como paciente internado	<b>\$10</b> co-pago por visita cuando se proporcionan en un lugar de atención de pacientes ambulatorios (externos)  Sin co-pago para la terapia como paciente internado
Sangre y productos de sangre **	Incluye el procesamiento, almacenamiento, administración de sangre y productos sanguíneos en un lugar de atención de pacientes internados y ambulatorios (externos)	Sin co-pago	Sin co-pago
Educación de salud	Incluye la educación con respecto a la conducta personal que tenga sobre la salud y la atención médica, y también incluyen las recomendaciones con relación al uso óptimo de los servicios de atención médica, incluyendo las clases para dejar de fumar.	Sin co-pago	Sin co-pago
Cuidado de hospicio	Para los miembros a quienes se haya diagnosticado con una enfermedad fatal y quienes hayan elegido cuidado de hospicio en lugar de los servicios tradicionales de atención médica.	Sin co-pago	Sin co-pago
Trasplantes de órganos **	Cubre los trasplantes de órganos y el trasplante de médula (tuétano) del hueso que no sean experimentales o investigativos.	Sin co-pago	Sin co-pago
Cirugía reconstructiva **	La cirugía reconstructiva es cubierta para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías en el desarrollo, traumas, infecciones, tumores o enfermedades. Se hace para mejorar ciertas funciones o para crear una presencia normal, hasta donde sea posible.	Sin co-pago	Sin co-pago

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Tratamiento de Fenilcetonuria (PKU) **	Cobertura para las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU-error del metabolismo)	Sin co-pago	Sin co-pago
Procedimientos (estudios) experimentales clínicos de cáncer	Cobertura para la participación de un miembro mientras está involucrada en procesos clínicos de cáncer de fase I hasta fase IV, cuando el proveedor del miembro ha recomendado la participación del proceso, y el miembro cumple con ciertos requisitos.	\$5 co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de "Programa de Medicamentos con Receta"	<b>\$10</b> co-pago por visita Co-pago para medicamentos como se describe en la Sección de "Programa de Medicamentos con Receta"
Servicios de California para Niños (CCS por sus siglas en inglés)	<p>CCS es un programa médico de California que atiende a niños con ciertas condiciones físicas limitadoras que requieren atención especializada. Los servicios proveídos por el programa CCS son coordinados por la oficina local del condado de CCS.</p> <p>Si se determina que un miembro tiene una condición que le hace elegible para los servicios de CCS, el miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico a través de los proveedores del Plan de Salud para los servicios que no se relacionan con la condición elegible bajo CCS. El miembro recibirá tratamiento para condiciones elegibles bajo CCS a través de la red especializada de proveedores de CCS y/o de los centros de especialización aprobados que atienden a condiciones elegibles para CCS.</p>	Sin co-pago	Sin co-pago
Servicios de acupuntura	No se requiere que el proveedor del miembro de un pase, pero los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor del Plan de Salud. El beneficio se limita a 20 visitas por año de cobertura	\$5 co-pago por visita	<b>\$10</b> co-pago por visita

**COMPROBANTE DE COBERTURA Y DIVULGACIÓN / MANUEL PARA MIEMBROS PARA EL  
PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES BAJO CENCAL HEALTH**

---

<b>Beneficios*</b>	<b>Servicios</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría A</b>	<b>Costo al Miembro (co-pago) Ingreso Categoría B y C</b>
Servicios de lactancia (dar pecho)	Mujeres embarazadas o mujeres con bebés recién nacidos pueden ver a un Educador de Lactación Certificado "Certified Lactation Educator" quien le ayudará con la lactancia.  No se requiere que el proveedor del miembro de un pase, pero los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor del Plan de Salud.	Sin co-pago	Sin co-pago
Deducibles	No se cobrarán deducibles por beneficios que estén cubiertos.		
Máximo por curso de vida	Bajo este Plan de Salud, no se aplican límites máximos por curso de una vida en los beneficios.		

\* Beneficios se proporcionan solamente para los servicios que son médicamente necesarios.

\*\* Estos servicios pueden ser cubiertos y pagados por el programa de Servicios de California para Niños (CCS), si se determina que el miembro es elegible para servicios de CCS.

# Descripción de Beneficios

## **Anotación:**

Los miembros bajo la Categoría A de Ingresos no deberían pagar más de \$5 en co-pagos por todos los servicios que se cubren y requieren de un co-pago como se describe en la sección “Descripción de Beneficios” en este Comprobante de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).



## ***Servicios de hospital para pacientes internados***

### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Servicios generales de hospital en cuarto de dos o más, con los muebles y el equipo de costumbre, comidas (incluso dietas especiales que sean médicamente necesarias) y el cuidado general de enfermería. Los beneficios incluyen todos los servicios auxiliares médicamente necesarios, incluyendo, pero no limitado a:

- El uso de la sala de operación y otros establecimientos relacionados,
- Los servicios del cuidado intensivo
- Las drogas, medicamentos, y biológicos
- La anestesia y oxígeno
- Los servicios diagnósticos, laboratorio, y radiografía
- La enfermería de deberes especiales
- La terapia física, ocupacional, y del habla
- La terapia respiratoria
- La administración de sangre y de productos de sangre
- Otros servicios diagnósticos, terapéuticos, y de rehabilitación
- La coordinación del Plan de Salud para dar de alta al paciente, incluso el hacer los planes para el cuidado continuo que sea necesario.

Incluso cobertura de anestesia general y los cobros asociados con otros establecimientos en conexión con procedimientos dentales si el procedimiento es severo o si el estado clínico y condición médica requiere hospitalización. Este beneficio está disponible solamente para miembros menores de siete (7) años de edad; el que tenga un impedimento de desarrollo, sin importar la edad; y para esos miembros de alto riesgo de salud y que médicamente necesitan anestesia general, sin importar la edad. CenCal Health coordinará los servicios con el plan dental del miembro.

### **Exclusión**

Los artículos personales para la comodidad del miembro o un cuarto privado en un hospital están excluidos a menos que sean médicamente necesarios. Los servicios del dentista o cirujano oral están excluidos cuando se relacionan a procedimientos dentales.

### ***Servicios de hospital para pacientes ambulatorios (externos)***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago excepto

- Co-pago de \$5 para categoría A o \$10 para categorías B y C por consulta para terapia física, ocupacional y del habla, que se rindieron para paciente ambulatorio.
- Co-pago de \$5 por categoría A o \$10 para categorías B y C por consulta para los servicios de atención médica de emergencia (con excepción si el miembro es admitido en el hospital)

#### **Descripción**

Los servicios al paciente ambulatorio (externo) incluyen servicios diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos, que se proporcionan en el hospital o en centros para pacientes ambulatorios (externos) incluyendo:

- Terapia física, ocupacional, y del habla apropiada
- Servicios de hospital los cuales pueden ser proporcionados razonablemente como consulta externa
- Otros servicios relacionados incluyen los suministros y el uso de las salas de cirugía y tratamiento, los servicios auxiliares, y los medicamentos proporcionados por el hospital o el centro para uso durante la estancia del miembro en el establecimiento.

Incluso cobertura de anestesia general y los cobros asociados con otros establecimientos en conexión con procedimientos dentales si el procedimiento es severo o si el estado clínico y condición médica requiere hospitalización. Este beneficio esta disponible solamente para miembros menores de siete (7) años de edad; el que tenga un impedimento de desarrollo, sin importar la edad; y para esos miembros de alto riesgo de salud y que médicamente necesitan anestesia general, sin importar la edad. CenCal Health coordinará los servicios con el plan dental del miembro.

### **Exclusión**

Los servicios del dentista o cirujano oral están excluidos cuando se relacionan a procedimientos dentales.

### ***Servicios profesionales***

#### **Costo al miembro**

\$5 por visita para categoría A o \$10 para categorías B y C en la oficina o en el hogar excepto:

- Sin co-pago para servicios profesionales como paciente internado en el hospital

- Sin co-pago para cirugía y tratamiento de anestesia, radiación, quimioterapia, diálisis
- Sin co-pago para miembros con edad de 24 meses o menos
- Sin co-pago para examen de los ojos y pruebas de los oídos, o para aparatos auditivos.

### **Descripción**

Consultas y servicios profesionales médicamente necesarios por un médico o un proveedor de cuidado de salud con licencia actuando dentro del alcance de su licencia. Los servicios profesionales incluyen:

- Cirugía, asistencia a cirugía y anestesia (paciente internado o ambulatorio (externo))
- Visitas de hospital para paciente internado y visitas al centro de enfermería especializada.
- Visitas a oficinas profesionales, incluso visitas para pruebas y tratamiento de alergia, terapia de radiación, quimioterapia, diálisis.
- Atención médica en el hogar cuando sea médicamente necesario.
- Pruebas de los ojos incluso refracciones de ojo para determinar la necesidad de lentes corregibles y examen de ojos de la dilatación retinal.
- Pruebas del oído, aparatos auditivos, y servicios relacionados incluyendo la evaluación auditiva para medir el grado de pérdida de capacidad auditiva y evaluación para determinar la marca y el mejor modelo de aparato auditivo más apropiado.
- Aparato(s) auditivo(s): monoaurales o binaurales incluso los moldes para los oídos, instrumento auditivo, la batería inicial, los cordeles, y otros equipos auxiliares. No habrá cobro para la visita para adaptación, consulta, ajustes, reparaciones, etc. por el periodo de un año después de la fecha que recibió el aparato auditivo que fue cubierto.
- Pruebas médicamente aceptadas para detectar el cáncer incluyendo pero no limitadas a; los exámenes de senos y evaluaciones del cáncer cervical, las pruebas de papanicolaou, pruebas del papiloma humano (también llamado HPV por sus siglas en inglés) aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés), y la opción de cualquier otro examen cervical aprobado por la FDA.

### **Exclusión**

- La compra de baterías y otro equipo auxiliar, excepto los que se cubrieron cuando primero se compró el aparato auditivo, y cobros por un aparato auditivo el cual excede especificaciones prescritas para la corrección de pérdida auditiva.
- Reemplazo de partes o reparación del aparato auditivo después de la cobertura del periodo garantizado de un año.
- Reemplazo de un aparato auditivo más de una vez en el periodo de 36 meses
- Implante quirúrgico de equipo auditivo

### ***Servicios médicos preventivos***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Exámenes periódicos (regulares) de salud, incluyendo todas las pruebas diagnosticas de rutina y servicios de laboratorio apropiados para tales exámenes conforme a las recomendaciones más actuales según la Prevención del Cuidado Médico Pediátrico, y adoptados por la Academia Americana de Pediatría; incluso las inmunizaciones para la edad apropiada, incluso las inmunizaciones requeridas para los que viajan, y consistente con la versión más actual de las inmunizaciones recomendadas por el Calendario de Vacunaciones Recomendadas para Adolescentes en los Estados Unidos, y adoptado por las Recomendaciones del Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones.

Servicios preventivos también incluyen servicios para la detección de un mal asintomático, incluyendo, mas no limitadas a:

- El cuidado de bebé sano durante los primeros dos (2) años de vida, incluso las visitas del recién nacido al hospital, exámenes de salud, barniz para los dientes hasta los 5 años de vida, y otras consultas.
- La variedad de servicios voluntarios de planificación familiar.
- Los servicios anticonceptivos.
- El cuidado prenatal.
- Las pruebas de visión y oído.
- Las pruebas de Enfermedades Transmitidas Sexualmente (STD por sus siglas en inglés).
- Las pruebas para diagnosticar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Los exámenes citológicos en base periódicamente razonable.
- Los exámenes anuales (examen pélvico, examen de papanicolaou, examen de los senos), y cualquier otro servicio de ginecología por medio de su PCP o un Ginecólogo / Obstetra del Plan de Salud (no se necesita un pase de su PCP)
- Las pruebas para la detección de cáncer, médicamente aceptadas, incluyendo pero no limitadas a los senos, próstata, y evaluaciones de cáncer en la ,cerviz, incluyendo la prueba para diagnosticar el virus de papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés).
- Los servicios de la educación de salud, incluso la educación del comportamiento personal de salud y el cuidado de salud, cuidado oral, incluso que lleve a su niño al dentista antes que le brote su primer diente (antes de los 2 años) y recomendaciones sobre el uso óptimo de su cobertura de salud.

### **Limitación**

La frecuencia de los exámenes periódicos de salud no se aumentarán por razones que no se relacionan con las necesidades médicas del miembro, tales como; el deseo del miembro para obtener exámenes físicos adicionales; o por la necesidad de reportes o servicios relacionados con el fin de obtener o mantener un empleo, licencia, seguro, o por un certificado deporte escolar.

## ***Servicios diagnósticos de radiografía y de laboratorio***

### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Los servicios diagnósticos de laboratorio, los servicios de imágenes diagnósticos y radiológicos terapéuticos necesarios para apropiadamente evaluar, diagnosticar, tratar, y evaluar el tratamiento continuo del miembro. El beneficio incluye otros servicios, pero no se limitan a;

- La electrocardiografía, la electroencefalografía, y la mamografía con el propósito de diagnosticar o investigar,
- El análisis de laboratorio apropiado para el control de la diabetes, incluyendo por lo menos: colesterol, triglicéridos, micro albuminuria, HDL/LDL y hemoglobina A-1-C (Glucohemoglobina).

## ***Cuidado de diabetes***

### **Costo al miembro**

- \$5 co-pago para categoría A o \$10 para categorías B y C por visita en el hogar o por visita en la oficina.

### **Descripción**

Se cubre los siguientes suministros y equipo cuando son médicamente necesarios para la administración y tratamiento para los miembros con diabetes dependiente en la insulina, para los miembros que no son dependientes de la insulina, o para los miembros con diabetes gestacional (durante el embarazo) aun cuando los artículos estén disponibles sin receta:

1. Monitor para el chequeo de la glucosa y tiras para el análisis de la glucosa en la sangre.
2. Monitores diseñados para asistir a los miembros con deficiencia visual.
3. Bombas de insulina y todos los suministros relacionados y necesarios.
4. Tiras cetonas para el análisis de la orina.
5. Lancetas y aparatos para los pinchazos de lanceta.
6. Sistemas de distribución “pen” para la administración de insulina.
7. Servicios pediátricos para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes.
8. Jeringas para la insulina.
9. Elementos auxiliares visuales, excepto lentes, para asistir a personas con deficiencias visuales al ponerse la dosis correcta de insulina.
10. Insulina
11. Medicamento recetado para el tratamiento de la diabetes.
12. Glucagón

La cobertura también incluye el entrenamiento de la administración de asimismo como paciente ambulatorio (externo), la educación, y la terapia de nutrición médica necesaria para permitir que el miembro use apropiadamente el equipo, suministros,

y medicamentos como fueron prescritos por el proveedor del miembro de CenCal Health.

### ***Cuidado pediátrico de asma***

#### **Costo al miembro**

- \$5 co-pago para categoría A o \$10 para categorías B y C por visita en la oficina para medicamentos como se describe en este manual en la sección de “Programa de Medicamentos con Receta.”

#### **Descripción**

Equipo y suministros para la administración y el tratamiento del asma (pediatría) cuando es medicamento necesario aun cuando los artículos están disponibles sin receta incluyendo lo siguiente:

13. Nebulizadores y accesorios
14. Mascarilla que cubre la nariz
15. Tubo y equipo y otros suministros
16. Inhaladores (con reguladores) y medidor de flujo máximo
17. Medicamentos para el tratamiento del asma.

Se cubre también el entrenamiento como paciente ambulatorio (externo) y la educación necesaria para que el miembro pueda, apropiadamente y por si mismo, usar el equipo, suministros, y medicamento que su proveedor de CenCal Health le recetó.

### ***Programa de medicamentos con receta***

#### **Costo al miembro**

- Sin co-pago para los medicamentos con receta suministrados a un paciente internado.
- Sin co-pago para los medicamentos suministrados en un centro para pacientes ambulatorio (externos) durante la estancia del miembro en dicho centro.
- Sin co-pago para los aparatos anticonceptivos y dispositivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos “Food and Drug Administration” (FDA).
- Co-pago de \$5 para categoría A o \$10 para categorías B y C por receta de medicina genérica para un suministro hasta de 30 días.
- Co-pago de \$5 para categoría A o \$15 para categorías B y C por receta de medicamento de marca para suministros de hasta 30 días para medicinas de marca a menos que no haya medicina genérica equivalente o si es medicamento necesario usar medicinas de marca, entonces aplica un co-pago de \$5-\$10.
- Co-pago de \$5 para categoría A o \$10 para categorías B y C por suministros de medicamentos de mantenimiento\* para 90 días, que se obtengan a través de una farmacia que participe con el plan o a través del programa de “pedido por correo” del plan para medicinas genéricas.
- Co-pago de \$5 para categoría A o \$15 para categorías B y C por suministros de medicamentos de mantenimiento\* para 90 días, que se obtengan a través de una farmacia que participe con el plan o a través del programa de “pedido por correo” del plan para medicinas de marca a menos que no haya medicina genérica

equivalente o si es médicamente necesario usar medicinas de marca, entonces aplica un co-pago de \$5-\$10.

\*Medicamentos de mantenimiento son suministros de sesenta (60) días o más que se prescriben para condiciones crónicas tal como artritis, enfermedad del corazón, diabetes, o para la alta presión de la sangre.

### **Descripción**

Medicamentos que son médicamente necesarios y fueron recetados por un médico de cuidado de salud con licencia actuando dentro del alcance de su licencia. Incluyendo, más no limitado a:

- Medicamentos inyectables, agujas, y jeringas necesarias para la administración del medicamento inyectable cubierto.
- Insulina, glucagón, jeringas, y agujas para el sistema de lápiz de inyección para la administración de insulina.
- Tiras de pruebas de glucosa en la sangre, tiras cetonas para el análisis de la orina, lancetas y aparatos para los pinchazos de lanceta en cantidades médicamente necesarias para la administración y tratamiento de las personas con diabetes dependiente en la insulina, no dependiente en la insulina, o con diabetes gestacional (durante el embarazo).
- Los dispositivos (aparatos) desechables que son necesarios para administrar medicamentos, tal como los reguladores (espaciador) para los inhaladores que se usan para administrar medicamentos en aerosol y las jeringas que no fueron precargadas (llenadas con anticipación) y fueron despachadas (distribuidas) a un paciente ambulatorio (externo) para que el mismo se inyecte, si las recetó un proveedor y son cubiertas por el Plan de Salud. La palabra “desechable” significa dispositivos que se pueden usar más de una vez antes de tirarlas.
- Vitaminas prenatales y suplemental de florido en las vitaminas o independiente de las vitaminas que necesitan receta.
- El mantenimiento de medicamento que es médicamente necesario durante la estancia de un miembro en una casa de reposo, casa de asilo, hospital convaleciente, o un establecimiento similar cuando es recetado por un médico del Plan de Salud cuando se trata de un servicio de cobertura que se obtuvo por medio de una farmacia que haya sido designada por el Plan de Salud.
- Un ciclo de medicamento para dejar de fumar por año de beneficio. El miembro tiene que inscribirse en clases o en un programa para dejar de fumar; al mismo tiempo debe de usar medicamentos para dejar de fumar.
- Todos los medicamentos orales e inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y los dispositivos anticonceptivos con receta están cubiertos, incluso implantes internos con tiempo estimulante.

Para información tocante la cobertura de prescripción de medicamentos de CenCal Health, por favor refiérase a la sección “Obteniendo Beneficios de Farmacia”, “Usando el Plan de Salud” de este manual.

### **Exclusión**

- Drogas o medicamentos que son recetados con fines cosméticos.
- Medicamentos patentados o de venta libre (sin receta), incluso contraceptivos de venta libre tal como jaleas, cremas, espuma, condones, etc. aun cuando se lo recetó su doctor.
- Medicamentos que no requieren una receta (excepto insulina y medicamentos para dejar de fumar como fue descrito previamente)
- Productos dietéticos nutricionales (excepto las formulas o productos de alimento especiales, para el tratamiento de fenilcetonuria PKU, supresores del apetito o cualquier otro medicamento para rebajar de peso, a menos que sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida.
- Medicamentos experimentales o de investigación.

Si CenCal Health le niega un servicio solicitado basándose en que es experimental o de investigación, usted puede solicitar una Evaluación Médica Independiente (IMR por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre el proceso de IMR, por favor refiérase a la sección de Proceso de Quejas y Apelaciones de CenCal Health de este manual.

### ***Equipo médico duradero***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Equipo Médico apropiado para el uso en el hogar y que:

18. Principalmente sirve para un uso médico.

19. Se destina al uso repetido

20. Generalmente no le es útil a la persona cuando no existe una enfermedad o lesión

CenCal Health puede determinar si compra o alquila el equipo de uso regular. La compostura o el reemplazo son cubiertos a menos que el equipo haya sido maltratado o perdido. El equipo médico duradero incluye, pero no se limita a:

- El oxígeno o el equipo para el oxígeno
- Los monitores para la glucosa de sangre y monitores para la glucosa de sangre para los que padecen de impedimentos visuales cuando sea médicamente necesario para las persona con diabetes dependiente en la insulina, no dependiente en la insulina, o con diabetes gestacional (durante el embarazo).
- Las bombas de insulina y todos los suministros relacionados y necesarios.
- Los elementos auxiliares visuales, excepto lentes para asistir a personas con deficiencias visuales a ponerse la dosis correcta de insulina.
- Los monitores para el apnea
- El aparato de podiatría para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Los auxiliares para los pulmones y los suministros relacionados.
- El aparatos nebulizadores, mascararas de cara, tubos, suministros relacionados, y

- aparatos reguladores para inhaladores de dosis medida
- El saco de ostomía y sondas para la orina y suministros.

### **Exclusión**

- Artículos para la comodidad y la conveniencia del miembro
- Suministros desechables, excepto saco de ostomía, sondas para la orina, y suministros según las guías de cobertura de Medicare.
- Equipo de ejercicios y de higiene
- Equipo experimentales o de investigación.
- Equipo que por lo general no es utilizado para el cuidado médico, tal como baños de sauna y elevadores, o modificaciones en el hogar o en el automóvil.
- Equipo de lujo
- Más de una pieza de equipo que duplica la misma función de otro equipo

### **Ortóticos y prostéticos**

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Se cubre el reemplazo y los aparatos ortóticos y prostéticos originales, incluyendo pero no se limita a:

- El reemplazo de aparatos prostéticos que son médicamente necesarios y que fueron recetados por un médico de cuidado de salud con licencia actuando dentro del alcance de su licencia.
- El reemplazo de aparatos ortóticos que son médicamente necesarios y prescritos por un médico de cuidado de salud con licencia actuando dentro del alcance de su licencia.
- La cobertura para el primero y los subsiguientes aparatos, la instalación de accesorios para restaurar una manera de hablar incidental a una laringectomía.
- El calzado terapéutico para diabéticos.
- Los dispositivos para recuperar y conseguir le simetría relacionada con la mastectomía.

Para por fin de que los aparatos/artículos cubiertos de cobertura se aprueben, tienen que haber sido recetados por un médico, autorizados por CenCal Health, y surtidos por un proveedor del Plan de Salud. Se proporciona la reparación del artículo; a menos que la reparación sea necesaria por el uso incorrecto o pérdida del artículo. CenCal Health, tiene la opción de reemplazar o reparar un artículo.

### **Exclusión**

- Calzado correctivo, insertos para zapatos, soportes para el arco, excepto calzado terapéutico e inserto para los individuos con diabetes.
- Dispositivos flexibles tal como soportes elásticos de rodillas, corsés, medias elásticas, y sostén de medias

- Instrumentos dentales
- Maquinaria electrónica que produce sonido del habla.
- Más de un aparato para la misma parte del cuerpo
- Lentes (excepto lentes o micro lentillas necesarias después de una operación de cataratas)

### ***Lentes para cataratas y lentillas***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Cobertura de lentes para cataratas, micro lentillas para cataratas, o lentillas intraoculares que reemplazan los lentes naturales del ojo después de que se hace una cirugía de cataratas. Un par de lentes convencionales o lentillas convencionales también se cubren si es necesario después de una cirugía de cataratas con una inserción de lentilla intraocular.

### ***Cuidado de maternidad***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Cobertura de servicios profesionales y de hospital médicamente necesarios relacionado con el cuidado de maternidad incluso:

- Cuidado prenatal y post-natal, incluso las complicaciones relacionadas con el embarazo.
- La atención al recién nacido y el cuidado del bebé mientras que la madre este hospitalizada.
- La cobertura incluye la participación estatal de pruebas genéticas alfafetoproteína administradas por el Departamento de Salud Publico del Estado de California conocido como el programa de “Expanded Alpha Feto Protein”
- El diagnostico prenatal de enfermedades genéticas del feto por medio de procedimientos diagnósticos en caso de un embarazo de riesgo alto.
- Asesoramiento para las necesidades de nutrición, educación de salud, y apoyo social.
- Cuidado de sala de parto, incluso los servicios de partera (las parteras deben ser supervisadas por un obstetra contratado con el Plan de Salud)

Servicios de hospital para pacientes internados serán proveídos por un término de 48 horas después de un parto normal y 96 horas después de un parto de cesárea, a menos que CenCal Health autoriza y alargué la estancia. No necesita una autorización específica para quedarse en el hospital las 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto de cesárea y puede quedarse durante este tiempo a menos que usted y su médico decidan lo contrario. Si después de consultar con usted su médico decide darle de alta antes del periodo de 48 o 96 horas, CenCal

Health cubrirá una visita de seguimiento dentro de 48 horas después de darla de alta cuando su médico lo prescribe. La visita incluirá educación de padre, asistencia y entrenamiento para dar pecho o para dar de comer en botella, y hacer cualquier asesoramiento físico maternal o neonatal que fuese necesario. El médico y usted decidirán si la visita después de darse de alta ocurrirá en el hogar, en el hospital, o en la oficina del médico dependiendo si es lo mejor para usted.

### ***Servicios de planificación familiar***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

La cobertura de servicios voluntarios de planificación familiar, incluyen:

- Asesoramiento y procedimientos quirúrgicos de esterilización, según lo permite la ley estatal y federal.
- Diafragma.
- Cobertura de otros dispositivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) conforme al beneficio de medicamentos recetados.
- Terminación voluntaria de embarazo

Anote: Es probable que algunos hospitales o proveedores no ofrezcan uno o más de los siguientes servicios: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluso anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluso ligación de trompas durante el periodo de parto; tratamiento de infertilidad; o abortos. Llame a su previsto (futuro) médico, grupo médico, práctica de asociación independiente, clínica, o llame al Departamento de Servicios Para Miembros de CenCal Health y asegúrese de que pueda obtener los servicios de salud que usted necesita.

### ***Servicios de transporte médico***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Se cubren los servicios de transportación de emergencia al hospital más cercano que acepte a su niño(s) como miembro si los servicios de cuidado de emergencia que le proporcionaron se relacionan con los servicios de emergencia. Esto incluye los servicios de transporte en ambulancia proporcionado a través del sistema de respuesta de emergencia "911". También incluye transporte médico que no es de emergencia para transferirle a usted de un hospital a otro hospital o a un centro médico, o de un centro médico a casa cuando el transporte:

- Es médicamente necesario, y
- Lo pidió el proveedor del Plan de Salud, y
- Fue autorizado por adelantado por CenCal Health.

### **Exclusión**

La cobertura de transportación pública incluso la transportación por aerolínea, coche personal, taxi, u otra forma de transporte público está excluida.

### ***Servicios de cuidado médico de emergencia***

#### **Costo al miembro**

Co-pago de \$5 por visita para categoría A o \$15 para categorías B y C No se cobrará el co-pago si el miembro es admitido al hospital.

#### **Descripción**

Cobertura de veinticuatro (24) horas para el cuidado de una condición médica de emergencia. Una condición médica de emergencia es una condición médica o siquiátrica, incluso el parto activo o dolor severo que se manifiestan con síntomas agudos de severidad suficiente tales que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar en las consecuencias siguientes:

- Perjudicar seriamente la salud del paciente, o
- Causar daño serio a las funciones normales del cuerpo, o
- Causar daño serio a cualquier órgano o parte del cuerpo.

Se proporcionada cobertura dentro y fuera del área de servicio de CenCal Health, y en centros médicos que participan con el Plan de Salud y también con los que no participan (no tienen contrato).

### ***Servicios de salud mental (proporcionados por Pacificare Behavioral Health)***

El tratamiento y diagnóstico de una condición mental de salud. Si creé que su hijo tal vez tenga una condición de salud mental, CenCal Health le dará información sobre cómo obtener servicios para su hijo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo obtener servicios para su hijo.

### ***Servicios de salud mental para paciente internado***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Se cubre el cuidado de salud mental cuando se obtienen en un hospital que participa con el plan y cuando lo ordenó y ejecutó un proveedor profesional de salud mental.

Esto incluye pero no se limita al tratamiento para los niños que han sufrido algún trastorno funcional de familia o trauma, abuso, negligencia, violencia doméstica, abuso de droga en la familia, divorcio, o pérdida de un ser querido. Esto incluye pero no se limita los servicios de salud mental para pacientes internados con Enfermedades Mentales Severas (SMI).

**Lo siguiente son ejemplos de SMI pero no se limitan a:**

- Esquizofrenia.
- Alteración esquizoafectiva.
- Alteración bipolar (maníaco-depresivo).
- Alteraciones depresivas mayores.
- Alteración de pánico.
- Alteración obsesiva-compulsiva.
- Alteración penetrante o autismo.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.

***Trastorno Emocional Serio (SED)***

Diagnostico y tratamiento para las condiciones de SED

Tratamiento de salud mental para pacientes internados cuando el condado determina que sufre de una condición de SED. El Plan de Salud proporcionará todos los servicios médicos necesarios de cobertura hasta que el Departamento de Salud Mental del Condado establezca la elegibilidad del suscriptor niño y continúe con el tratamiento medicamente necesario para la condición (SED). El miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico por medio del Plan de Salud para servicios tales como cuidado primario, cuidado de especialidad, y otros servicios para las condiciones médicas que no son relacionadas a una condición de SED.

Para obtener más información sobre los beneficios diagnósticos y tratamiento de SED, vea a sección de “Coordinación de Servicios” de este manual en la página 67.

***Tratamiento de abuse de drogas (proporcionados por Pacificare Behavioral Health)***

El tratamiento y diagnostico para una condición de abuso de drogas. Si creé que su hijo tal vez tenga una condición de abuso de drogas, CenCal Health le dará información sobre cómo obtener servicios para su hijo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo obtener servicios para su hijo al número de teléfono que hemos anotado al final de esta página.

***Tratamiento de abuso de drogas/alcohol para paciente internado***

**Costo al miembro**

Sin co-pago

**Descripción**

Se cubre la hospitalización por el abuso de drogas o alcoholismo cuando sea medicamente necesario para sacar sustancias toxicas de su sistema.

### ***Servicios de cuidado de salud mental para paciente ambulatorio (externo)***

#### **Costo al miembro**

\$5 - \$10 por visita (esto no aplica para las condiciones de Trastorno Emocional Serio (SED))

#### **Descripción**

Cobertura del cuidado de salud mental para paciente ambulatorio (externo) cuando lo ordena y ejecuta un proveedor de salud mental que participa con el Plan de Salud. El Proveedor de Cuidado Primario de su niño le ayudará con el pase a un proveedor de cuidado de salud mental que participa con el Plan.

### ***Servicios de Salud Mental***

Incluyen pero no se limitan al tratamiento para los miembros que han sufrido algún trastorno funcional de familia o trauma, abuso, negligencia, violencia doméstica, abuso de droga en la familia, divorcio, o pérdida de un ser querido.

Los miembros de la familia estarán involucrados en el tratamiento cuando es medicamente necesario para la salud y recuperación del niño.

Servicios de cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios para enfermedades de Trastorno Emocional Severo (SMI).

#### **Lo siguiente son ejemplos de SMI:**

- Esquizofrenia.
- Alteración esquizoafectiva.
- Alteración bipolar (maníaco-depresivo).
- Alteraciones depresivas mayores.
- Alteración de pánico.
- Alteración obsesiva-compulsiva.
- Alteración penetrante o autismo.
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.

### ***Servicios de Trastorno Emocional Serio (SED)***

Diagnostico y tratamiento para las condiciones de SED.

Tratamiento de salud mental para pacientes internados cuando el condado determina que sufre de una condición de SED. El Plan de Salud proporcionará todos los servicios médicos necesarios de cobertura hasta que el Departamento de Salud Mental del Condado establezca la elegibilidad del subscritor niño y continúe con el tratamiento medicamente necesario para la condición (SED). El miembro permanecerá inscrito en el programa de Healthy Families y continuará recibiendo cuidado médico por medio del Plan de Salud para servicios tales como cuidado primario, cuidado de especialidad, y

otros servicios para las condiciones medicas que no son relacionadas a una condición de SED.

El miembro permanecerá inscrito con CenCal Health y continuara recibiendo cuidado primario, cuidado especializado, y todo otro servicio cubierto bajo CenCal Health para las condiciones médicas que no se relacionan con una condición de SED. Para obtener más información sobre los beneficios diagnósticos y tratamiento de SED, refiérase a la sección de “Coordinación de Servicios” de este manual.

### ***Servicios para el abuso del alcohol y las drogas para paciente ambulatorio (externo)***

#### **Costo al miembro**

\$5 - \$10 por visita

#### **Descripción**

Intervención de crisis y tratamiento de alcoholismo y/o el abuso a las drogas como paciente ambulatorio (externo), si es médicamente necesario.

### ***Servicios de salud en el hogar***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago, sin embargo se cobrará \$5 por visita para categoría A o \$10 para las categorías B y C para terapia física, ocupacional, y terapia del habla si se proporcionó en el hogar.

#### **Descripción**

Los beneficios para los servicios de salud proporcionados en el hogar por personal de cuidado de salud incluyen:

- Visitas de enfermeras registradas, enfermeras vocacionales licenciadas, y ayudantes del cuidado en el hogar.
- Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.
- Terapia respiratoria cuando lo ordena (receta) un proveedor con licencia del Plan de Salud que actúa dentro del alcance de su licenciatura.

#### **Limitación**

- Los servicios de cuidado de salud en el hogar se limitan a los servicios prescritos o dirigidos por el PCP del miembro o cuando son apropiadamente designados por CenCal Health.
- Si un servicio médico básico se puede proporcionar en más de un lugar médicamente apropiado, el PCP del miembro e otro personal autorizado por CenCal Health tienen la discreción de elegir el lugar en donde se proporcionará el cuidado.
- CenCal Health ejercerá, prudentemente, la administración del caso médico para asegurar que el cuidado se rinda en un lugar apropiado.

### **Exclusión**

Cuidado de Custodia

### ***Cuidado de enfermería especializada***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Los beneficios de servicios médicamente necesarios prescritos por un proveedor del Plan de Salud en un centro de enfermeras vocacionales licenciadas, incluyen:

- Enfermería especializada las 24 horas del día
- Cama y alimentación
- Radiografía y procedimientos de laboratorio
- Terapia respiratoria
- Terapia física, ocupacional, y terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Medicamento y drogas recetadas
- Suministros médicos
- Aparatos y equipo normalmente facilitado por el centro de enfermería especializada

#### **Limitación**

Limitación de beneficio a un máximo de cien (100) días por año de beneficio.

### **Exclusión**

Cuidado de Custodia

### ***Terapia física, ocupacional, y de habla***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago para terapia como paciente internado, incluso los servicios obtenidos en un centro de enfermería especializada.

Co-pago de \$5 por visita para categoría A o \$10 para las categorías B y C cuando se rinde en el hogar o en otro sitio para paciente ambulatorio (externo).

#### **Descripción**

La terapia tiene que ser médicamente necesaria. La terapia puede ser proveída en una oficina médica, cualquier otro sitio apropiado como paciente ambulatorio (externo), hospital, sitio de enfermería especializada, o en el hogar. De vez en cuando, CenCal Health puede requerir evaluaciones durante el termino que se rinde la terapia.

### ***Sangre y productos de sangre***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Los beneficios incluyen el procesar, almacenaje, y la administración de sangre a los productos de sangre en un sitio médico para el paciente internado y ambulatorio (externo). Además, incluye la colección y el almacenamiento de sangre autógena, cuando sea indicado médicamente.

### **Educación de salud**

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Los beneficios incluyen los servicios de la educación en temas de salud, incluyendo educación sobre los trastornos de comportamiento personal y el cuidado de salud, y las recomendaciones sobre el uso óptimo de servicios de cuidado médico provistos por el Plan de Salud o por organizaciones de cuidado médico afiliados con el Plan de Salud, incluso las clases para dejar de fumar. Si desea más información tocante estas clases, comuníquese con CenCal Health por medio de nuestra línea de Educación de Salud al número 1-800-421-2560 x 3126.

### **Cuidado de hospicio**

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Los servicios de hospicio se proporcionan para los miembros que fueron diagnosticados con una enfermedad fatal con una expectativa de vivir doce (12) meses o menos, y quienes eligen el cuidado de hospicio por tal enfermedad en vez de otros servicios tradicionales que cubre el Plan de Salud. Los beneficios de hospicio incluyen:

- Servicios de cuidado de enfermería
- Servicios sociales médicos
- Servicios de un ayudante de salud en el hogar
- Servicios médicos, medicamentos, suministros médicos, y aparatos
- Servicios de asesoramiento (consejos) y aflicción de una pérdida familiar
- Terapia física, ocupacional, y terapia del habla
- Cuidado para paciente internado a corto plazo
- Cuidado del control de dolor y manejo de síntomas

Puede renunciar a los servicios de hospicio en cualquier momento

### **Limitación**

Los miembros que elijan el cuidado de hospicio no tienen el derecho de ningún otro beneficio bajo el Plan de Salud, por la enfermedad fatal, mientras se lleve a cabo el cuidado de hospicio.

## ***Transplantes de órganos***

### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Los beneficios incluyen la cobertura de trasplante de órganos que son médicamente necesarios y el trasplante de tuétano óseo que no sea de naturaleza experimental o investigativo. El beneficio incluye pagos para:

- Los gastos médicos y de hospital, médicamente necesarios, del donador o el individuo identificado como donador prospectivo, si estos gastos están directamente relacionados al trasplante del miembro.
- Los cargos incurridos al examinar a los parientes cuando se busca la mejor pareja para el trasplante del tuétano óseo.
- Los cargos asociados con la búsqueda y el análisis del tuétano óseo no relacionado reconocido a través de un Registro de Donadores.
- Los cargos asociados con la adquisición de órganos de donadores a través de un Banco de Donadores de Trasplantes, si los gastos están directamente relacionados al trasplante del miembro.

Puede ser que estos servicios los cubran y pague el programa de Servicios de California para Niños (CCS) en lugar de CenCal Health, si se determina que el miembro es elegible para los servicios de CCS. CenCal Health coordinará con CCS estos servicios para el miembro. Para obtener mayor información sobre el programa de CCS, refiérase a la sección de “Coordinación de Servicios”.

Si CenCal Health le niega un servicio solicitado basándose en que es experimental o investigativo, usted puede solicitar una Evaluación Médica Independiente (IMR). Para obtener información sobre el proceso de IMR, por favor refiérase a la sección de Proceso de Quejas y Apelaciones de CenCal Health en este manual.

## ***Cirugía reconstructiva***

### **Costo al miembro**

Sin co-pago

### **Descripción**

Servicios médicamente necesarios se realizan para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías de desarrollo, trauma, infección, tumores, o enfermedades, y que probablemente mejoren el funcionamiento físico o creen una apariencia normal, hasta donde sea posible. Este beneficio incluye cirugía reconstructiva para restaurar y lograr simetría incidente a la mastectomía.

Esto incluye los servicios dentales u odontológicos que son médicamente necesarios y parte integral de la cirugía reconstructiva para los procedimientos y los servicios del paladar hendido. El tratamiento del paladar hendido los puede proporcionar el programa Servicios de California para Niños (CCS) cuando el plan lo refiere y

lo coordina con el programa local de CCS. Sin embargo, El Plan es finalmente responsable por proporcionar los servicios si el niño no es elegible para el programa de CCS o si los servicios de CCS son autorizados y proveídos bajo el programa de CCS. Por favor refiérase a la página 67-69 de este manual para obtener más información sobre el programa de CCS.

### ***Fenilcetonuria (PKU)***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

La cobertura para las pruebas y el tratamiento de PKU, incluyen formulas y dietas alimenticias especiales recomendadas por un médico profesional con licencia para administrar el cuidado de salud y quien consultará con un médico que se especialice en el tratamiento de la enfermedad metabólica y sea participante o sea aprobado por el Plan de Salud, con tal que se determine que la dieta sea médicamente necesaria para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales serias o para promover el desarrollo o funciones normales a consecuencias de la PKU.

### ***Procedimientos (estudios) clínicos de cáncer***

#### **Costo al miembro**

Co-pago de \$5 por visita para la categoría A o \$10 para las categorías B y C. Los co-pago para las recetas como se describe en la sección de “Programa de Medicamentos con Receta” en este manual.

#### **Descripción**

Cobertura para la participación del miembro en procedimientos (estudios) clínicos de cáncer, fase I a fase IV, siempre y cuando el médico del miembro recomiende participar en las pruebas, y el miembro cumple con el siguiente criterio:

- El miembro debe haber sido diagnosticado con cáncer
- El miembro debe ser aceptado para participar en los procedimientos clínicos de cáncer para la fase I, fase II, fase III, o fase IV
- El médico encargado del tratamiento debe haber recomendado la participación en los procedimientos clínicos como un posible beneficio para la salud del miembro, y
- Los procedimientos clínicos tienen que cumplir con los siguientes regalamientos:
  1. Las pruebas deben tener un propósito terapéutico con documentación proveída por el médico que está encargado del tratamiento, y
  2. El tratamiento tiene que ser aprobado por uno de los siguientes: A) Institución Nacional de Salud, la Administración Federal de Drogas y Alimentos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, o el Departamento de Asuntos de los Veteranos Estadounidenses, o B) que incluya un medicamento que este libre de las regulaciones federales de un nuevo uso de medicamento.

Los beneficios incluyen el pago del costo asociado con el rendimiento de cuidado de

rutina del paciente, incluyendo los medicamentos, artículos, dispositivos, y servicios que de lo contrario hubieran sido cubiertos si no hayan sido proporcionados en conexión de un programa aprobado de estudios clínicos. Los costos de rutina para los estudios clínicos de cáncer incluyen:

- Servicios de cuidado médico requeridos para proporcionar la investigación del medicamento, del artículo, del dispositivo, o del servicio
- Servicios de cuidado médico requeridos para poder clínicamente y apropiadamente revisar la investigación del medicamento, del artículo, del dispositivo, o del servicio
- Servicios de cuidado médico proveídos para prevenir las complicaciones que resulten de las provisiones de la investigación del medicamento, del artículo, del dispositivo, o del servicio
- Servicios de cuidado médico necesarios para el cuidado razonable y necesario a consecuencia de proporcionar la investigación del medicamento, del artículo, del dispositivo, o del servicio, incluso el diagnóstico o tratamiento debido a las complicaciones.

### **Exclusión**

- Preparativos de medicamentos o dispositivos que no han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que no están sujetos a los procedimientos (estudios) clínicos.
- Servicios que no son de cuidado de salud tal como gastos de viaje o alojamiento, gastos de acompañantes y otros gastos que no son clínicos que pueden ocurrir como resultado de la participación en un estudio clínico.
- Cualquier elemento o servicio provisto con el único propósito de recoger datos y que no sea utilizado en la atención clínica del paciente.
- Servicios de cuidado médico que de otra manera no son un beneficio al menos que estén excluidos por ser experimentales o de investigación.
- Servicios que están específicamente excluidos de la cobertura bajo este Plan de Salud. (solo aquellos que estén excluidos por ser experimentales o de investigación)
- La cobertura para un estudio clínico, se puede limitar a los hospitales y médicos participantes en California, a menos que el protocolo (registro) para el estudio no se proporcionará en California.

### ***Servicios de acupuntura***

#### **Costo al miembro**

Co-pago de \$5 por visita para la categoría A o \$10 para las categorías B y C

#### **Descripción**

No se requiere un pase del Proveedor de Cuidado Primario del miembro ni de ningún otro proveedor de cuidado médico para obtener servicios de acupuntura. Los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor participante.

#### **Limitación**

La cobertura de tratamiento esta limitada a un máximo de veinte (20) visitas por año de beneficio.

### ***Servicios de quiropráctico***

#### **Costo al miembro**

Co-pago de \$5 por visita para la categoría A o \$10 para las categorías B y C

#### **Descripción**

No se requiere un pase del Proveedor de Cuidado Primario del miembro ni de ningún otro proveedor de cuidado médico para obtener servicios quiroprácticos. Los servicios se tienen que obtener por medio de un proveedor participante.

#### **Limitación**

La cobertura de tratamiento esta limitada a un máximo de veinte (20) visitas por año de beneficio.

### ***Servicios de lactancia (dar pecho)***

#### **Costo al miembro**

Sin co-pago

#### **Descripción**

Mujeres embarazadas o mujeres con bebés recién nacidos pueden ver a un Educador de Lactación Certificado quien le ayudará con la lactancia.

### ***Beneficios máximos anuales o por vida***

Bajo este Plan de Salud no se aplican límites máximos por curso de una vida en los beneficios.

# Coordinación de Servicios

## ***Servicios de California para Niños (CCS por sus siglas en inglés)***

Aquellos niños con necesidad de cuidado médico especializado tal vez pueden calificar para el programa de CCS como parte de los servicios del programa de Healthy Families.



CCS es un programa médico de California que atiende a niños con ciertas condiciones físicas limitadoras que requieren atención especializada. Este programa está disponible a niños de California que cumplen con ciertos requisitos de elegibilidad médicos, económicos, y residenciales. Los niños inscritos en HFP cumplen con los requisitos económicos de elegibilidad del programa CCS. Los servicios proveídos por el programa CCS, son coordinados por la oficina local CCS del condado.

Su PCP tiene que recomendar al miembro al programa local de CCS del condado cuando él / ella sospecha de una condición elegible para el CCS. CenCal Health puede ayudar con esta recomendación. También CenCal Health puede recomendar al programa de CCS cuando un PCP recomienda al miembro a un especialista o cuando se admite un miembro como paciente internado e involucre el cuidado de una condición elegible bajo CCS. El programa de CCS determina la elegibilidad final para los servicios de CCS.

Si el programa de CCS determina que la condición es una condición elegible bajo CCS, y CCS rendirá el tratamiento para la condición elegible, el miembro permanecerá inscrito en HFP. Los miembros son recomendados, y tienen que recibir tratamiento, a través de la red especializada de proveedores de CCS y/o de los centros de especialización aprobados que atienden a condiciones elegibles para CCS. Este equipo de proveedores y los centros de especialización de CCS tuvieron un entrenamiento sumamente avanzado y son expertos para tratar condiciones elegibles bajo el programa de CCS. Los servicios de CCS se deben de obtener bajo la red de proveedores del CCS. Los padres o guardianes serán responsables de pagar por servicios que no se hayan obtenido bajo la red de proveedores del CCS.

Su PCP de CenCal Health continuará proporcionando cuidado primario, servicios preventivos, y cualquier otro servicio que no se relacione con la condición elegible bajo el programa de CCS, como se describe en este manual. CenCal Health también trabajará con el programa de CCS para coordinar el cuidado proveído por los dos;

el programa de CCS y el plan de CenCal Health. Si se determina que una condición no es elegible bajo el programa de CCS, el miembro continuará recibiendo todos los servicios médicamente necesarios bajo CenCal Health.

Los niños inscritos en el HFP se consideran económicamente elegibles para el programa CCS. Sin embargo, CCS tiene que verificar el estado residencial del niño, y usted tiene que llenar una breve solicitud para asegurar el estado residencial y la coordinación del cuidado de su niño, después de que se haga la recomendación.

Si desea obtener más información sobre el programa de CCS, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health o puede comunicarse con el programa local del condado de Santa Bárbara de CCS al número **1-805-681-5360** o al programa de CCS del condado de San Luis Obispo al número **1-805-781-5527**.

### ***Beneficios del condado para el Cuidado de Salud Mental de Trastornos Emocionales Serios de Niños (SED)***

Si se sospecha que su niño(a) exhibe comportamientos asociados con los síntomas anotados abajo, tal vez su niño(a) pueda tener acceso a servicios de salud mental por SED bajo un proveedor de salud mental de CenCal Health; bajo el Departamento de Salud Mental del Condado.

- Problemas serios de dormir y comer
- Lloro frecuentemente o está triste
- Dice cosas que le preocupan a usted
- Comportamientos que causan problemas en la familia y en la escuela
- Problemas frecuentes y/o problemas que siguen ocurriendo con los compañeros o amigos
- Intencionalmente se lastima a sí mismo o lastima a otros

Como parte del servicio proveído bajo el programa de Healthy Families, los niños que requieren servicios de salud mental especializados por condiciones bajo Trastornos Emocionales Serios de Niños (SED) serán referidos a un asesoramiento SED al departamento de salud mental del condado local. El PCP o CenCal Health pueden otorgar el pase. Los padres también pueden referir a sus niños directamente al departamento de salud mental del condado, si los padres sospechan que su niño(a) sufre de alguna condición anotada abajo. La clínica de salud mental tendrá la determinación final si el niño(a) cumple con el criterio para una condición de SED.

### ***¿Qué es un Trastorno Emocional Serio (SED)?***

SED se refiere a cualquier diagnóstico de trastorno mental, en un niño menor de 19 años de edad, que severamente interrumpe las funciones sociales, académicas, y emocionales. Se considera que un niño tiene SED si su comportamiento no es causado por abuso de sustancias alcohólicas o drogas, o por un desorden de desarrollo.

Para determinar si un niño tiene una condición de SED, él / ella tiene que cumplir con uno más de los siguientes criterios:

1. Tiene dificultades substanciales por lo menos en dos de las áreas siguientes: cuidado a sí mismo, funcionamiento escolar, relaciones familiares, o capacidad de funcionar en la comunidad; y cualquiera de lo siguiente ocurre:
  - El niño está en riesgo de ser alojado de su casa o ya lo han alojado;
  - Ha tenido una condición de salud mental por más de 6 meses con posibilidad de seguir teniéndola por más de un año si no recibe tratamiento.
2. Muestra señas de comportamiento psicopático, está en riesgo de suicidarse, o en riesgo de violencia los cuales se relacionan con un desorden mental
3. Cuando satisfacen los requisitos de elegibilidad de educación especial no relacionada con un desorden de desarrollo.

Si se determina que su niño tiene SED, el Departamento de Salud Mental del Condado proporcionará el cuidado para la condición SED. El Plan de Salud coordinará los beneficios para el cuidado de SED con el Departamento de Salud Mental del Condado para asegurar que se proporcionen todos los servicios médicamente necesarios para el miembro que tenga una condición de SED. Su niño continuará inscrito con CenCal Health y continuará obteniendo servicios y cuidado especializado no relacionados con SED, bajo su proveedor de CenCal Health.

Si un miembro no cumple con el criterio de SED, el miembro continuará recibiendo todos los servicios de cuidado de salud médicamente necesarios por CenCal Health.

Cuando se determina que un miembro tiene una condición SED y el guardián legal rechaza los servicios del departamento de salud mental del condado y contrae servicios con otros proveedores (aunque sean proveedores de CenCal Health), el guardián legal será responsable por pagar estos servicios.

Los servicios proveídos por el condado, para las condiciones de SED, se las proporcionan a los miembros a ningún costo y pueden incluir lo siguiente:

- Visitas de paciente ambulatorio (externo) para tratamiento de SED
- Visitas de paciente internado después de que el miembro haya exaltado los treinta (30) días de paciente internado permitido por la CenCal Health.
- Programas de tratamiento de día
- Terapia individual o en familia
- Todo el medicamento recetado para el tratamiento de la condición SED
- Asistencia de asesoramiento y la administración de medicamento relacionado con la condición de SED

Se puede obtener más información tocante los servicios de SED comunicándose con el departamento de salud mental del condado. El número de teléfono del departamento de salud mental de su condado, se puede encontrar en la sección Lista Gubernamental "Governmental Listing" en el libro de teléfono bajo Oficinas Gubernamentales del Condado "County Government Offices"

# Exclusiones de Beneficios

No hay cobertura para los siguientes beneficios de salud y están excluidos bajo el Plan de Salud.

1. Cualquier servicio o artículo que específicamente está excluido en la Sección de “Descripción de Beneficios”.
2. Cualquier beneficio que excede los límites especificados en la Sección de “Descripción de Beneficios”.
3. Servicios, suministros, artículos, procedimientos o equipo, que no se ha determinado como médicamente necesario, a menos que se especifiquen en la Sección de “Descripción de Beneficios”.
4. Servicios que se obtuvieron antes de la fecha vigente de la cobertura del miembro (día que el miembro fue elegible para beneficios). Sin embargo, si se cubrirá el tratamiento necesario a causa de las complicaciones de servicios de cobertura que se hayan obtenido antes de la fecha vigente de la cobertura del miembro.
5. Cualquier servicio que se obtuvo después de cuando la cobertura se acabó.
6. Servicios experimentales ó investigativos, incluso cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento, establecimiento, equipo, productos o el uso de tales cosas e otros procedimientos los cuales no son reconocidos ni concuerdan con los estándares generalmente aceptados por su seguridad y efectividad para el uso particular de esa enfermedad, lesión, o condición médica cual tratamiento o prescripción está en cuestión.
7. Los servicios médicos que se reciben en un establecimiento de emergencia para las condiciones que no son de emergencia si usted razonablemente debería haber sabido que no existía una situación de cuidado de emergencia.
8. Lentes, excepto los lentes o lentillas de contacto necesarios después de la cirugía para cataratas cuales se cubren bajo el beneficio de “Lentes para Cataratas y Lentillas”.
9. La diagnosis o el tratamiento para la infertilidad no se cubre a menos que se proporcione con los servicios ginecológicos. No se excluyen los tratamientos de condiciones médicas del sistema reproductivo.
10. Se excluyen los beneficios de atención médica a largo plazo incluso el cuidado especializado de enfermería a largo plazo y el servicio de cuidado durante el reposo excepto cuando CenCal Health determina que son alternativas satisfactorias mínimas de beneficio básico y son menos costosas. Esta sección no excluye el cuidado especializado de enfermería a corto plazo o los beneficios de hospicio proporcionados conforme los beneficios de “Cuidados especializados de Enfermería” y “Hospicio”.
11. El tratamiento de un daño al cuerpo o enfermedad causado por cuestiones de oficio o empleo como base de compensación, ganancia o mejoramiento, donde los beneficios son proveídos o pagables bajo cualquier Plan de Compensación y Beneficios para el Trabajador “Worker’s Compensation Benefit Plan”. CenCal Health tiene que proporcionar servicios al tiempo que se necesiten, y el miembro o el guardián legal del miembro, tienen que cooperar y asegurar que se le reembolse a CenCal Health por tales beneficios.

12. Los servicios elegibles para reembolso de seguro, o cubiertos bajo cualquier otro seguro o Plan de Salud. CenCal Health tiene que proporcionar servicios al tiempo que se necesiten, y el miembro o el guardián legal del miembro, tienen que cooperar y asegurar que se le reembolse a CenCal Health por tales beneficios.
13. La cirugía cosmética que es proporcionada solamente para alterar o reformar una estructura normal del cuerpo para poder mejorar la apariencia.

## Proceso de Quejas y Apelaciones

Nuestro compromiso (deber) con usted es de asegurar no solamente la calidad de salud, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. La calidad de tratamiento se extiende de los servicios profesionales proporcionados por los proveedores del Plan de Salud hasta la cortesía que le brindan los representantes a usted por teléfono.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los servicios que recibe por medio de un proveedor del Plan de Salud, le recomendamos que primero hable de la situación con su proveedor. Si sigue con problemas sobre cualquier servicio que recibe, llame al Departamento de Servicios para Miembros de la CenCal Health.

### ***Quejas y apelaciones***

Usted puede registrar una queja o apelación con CenCal Health en cualquier momento. Usted puede obtener una copia de los procedimientos y reglamentos de CenCal Health llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Para iniciar el proceso de quejas, usted puede hacerlo por teléfono, por correo, por fax, o por medio de la Página de Internet del Plan de Salud a:

**CenCal Health**  
**4050 Calle Real**  
**Santa Barbara, CA 93110**  
**1-877-814-1861**  
**1-805-692-1684 (Número de FAX)**  
**Página de Internet [www.cencalhealth.org](http://www.cencalhealth.org)**

CenCal Health reconocerá el haber recibido su queja dentro de cinco (5) días y le mandará una carta con la decisión dentro de treinta (30) días. Si su queja tiene que ver con un problema serio e inminente contra su salud incluyendo, más no limitado a, un dolor severo, la pérdida potencial de la vida, el daño serio a las partes del cuerpo o una función principal del cuerpo; usted o su proveedor pueden pedirle a CenCal Health una apelación acelerada (rápidamente). CenCal Health evaluará su petición para una apelación acelerada y si la queja califica como una queja urgente, CenCal Health procesará su queja dentro de tres (3) días de haber recibido su petición.

No se requiere que usted primero registre una queja con CenCal Health antes de comunicarse con el Departamento de Administración de Cuidado de Salud (DMHC, por

sus siglas en inglés) para que repase su caso a base de una apelación acelerada. Si usted decide registrar una queja con CenCal Health en la cual usted pide una apelación acelerada, de inmediato CenCal Health le notificará que:

1. Usted tiene el derecho de notificarle al Departamento de Administración de Cuidado de Salud que su queja tiene que ver con un problema serio e inminente contra su salud, y
2. Le contestaremos a usted y al Departamento de Administración de Cuidado de Salud por escrito sobre el estado pendiente del repaso acelerado de su queja al más tardar setenta y dos (72) horas de haber recibido su petición para una queja con un repaso acelerado.

### ***Repaso Médico Independiente***

Si el cuidado médico que usted pidió ha sido negado, modificado, o demorado por CenCal Health o por un proveedor del Plan de Salud usted puede ser elegible para una Evaluación Médica Independiente (IMR por sus siglas en inglés). Si su caso es elegible y usted somete una petición para un IMR al Departamento de Administración de Cuidado de Salud (DMHC), la información sobre su caso será entregada a un especialista médico quien repasará la información proveída y hará una determinación independiente sobre su caso. Usted recibirá una copia de la determinación. Si el especialista lo determina, CenCal Health le proporcionará cobertura para los servicios de atención médica.

Está disponible un IMR en las siguientes situaciones:

3. (A) Su proveedor ha recomendado un servicio de salud como servicio médicamente necesario, o (B) usted recibió cuidado urgente o de emergencia que fueron determinados médicamente necesarios por el proveedor, o (C) usted fue visto por un proveedor del Plan de Salud que diagnosticó o trató una condición médica por la cual esta pidiendo un repaso independiente; y
4. El servicio de salud en disputa fue negado, modificado, o demorado por CenCal Health o por uno de los proveedores del Plan de Salud, basándose en su totalidad o en parte sobre una decisión que el servicio de salud no era médicamente necesario; y
5. Usted registró una queja con CenCal Health y la decisión sobre el servicio disputado se sostuvo o la queja sigue sin resolverse después de treinta (30) días calendarios. Si su queja requiere un repaso acelerado, no se requiere que usted registre una queja con CenCal Health antes de pedir un IMR. La DMHC puede renunciar el requisito de que usted siga el proceso de quejas de CenCal Health en casos extraordinarios y concluyentes.

En casos no urgentes, la organización de IMR designado por la DMHC tiene que proveer su decisión dentro de treinta (30) días de recibir la solicitud y los documentos que la sustentan. En casos urgentes que pueden ser de peligro inminente y serio a la salud del miembro, incluso, más no limitado a dolor severo, la pérdida potencial de la vida, el daño serio a las partes del cuerpo, o una función principal del cuerpo, la organización de IMR tiene que proveer su decisión dentro de tres (3) días calendarios. Si lo

piden los expertos, esos 3 días se pueden extender hasta tres (3) días más si tardan en obtener todos los documentos necesarios.

El proceso de IMR es otro proceso agregado a cualquier otro procedimiento o remedio disponible al miembro. Una decisión a no participar en el proceso de IMR puede causar que usted pierda su derecho de acción legal contra el Plan de Salud en lo que concierne a los servicios de salud que usted pidió. Usted no le paga a IMR por la solicitud ni por procesar sus documentos. Usted tiene el derecho de proveer información apoyando su petición de IMR. Para mayor información sobre el proceso de IMR o para obtener un formulario para una aplicación, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health.

### ***Una Evaluación Médica Independiente sobre las terapias experimentales o investigables que se negaron***

Tal vez usted también tenga el derecho de pedir un IMR por medio del Departamento de Administración de Cuidado Médico, si se le ha negado cobertura basándose en la determinación que tomo su Plan de Salud de que el procedimiento propuesto es por naturaleza experimental o investigable.

- Le notificaremos por escrito sobre su oportunidad de pedir una Evaluación Médica Independiente sobre la decisión de negar una terapia experimental o investigable dentro de cinco (5) días laborables después de la decisión del rechazo de cobertura.
- No se requiere que usted participe en el proceso de quejas de CenCal Health antes de acudir a un proceso de IMR si la decisión del Plan de Salud fue de negar su petición para una terapia experimental o investigable.
- Si un médico indica que la terapia propuesta será significativamente menos efectiva si no se comienza pronto, las recomendaciones del IMR deben ser rendidas dentro de siete (7) días de la petición para un repaso acelerado.

### ***Repaso (Regulación) por el Departamento de Administración de Cuidado de Salud de California***

El Departamento de Administración de Cuidado de Salud de California (DMHC por sus siglas en inglés) es la agencia responsable por la regulación de los planes de servicio de salud. Si usted tiene una queja contra CenCal Health, usted debe primero llamar a CenCal Health y usar el proceso de quejas de CenCal Health antes de comunicarse con el departamento de DMHC. El utilizar este procedimiento de quejas, no se le prohíbe la posibilidad de usar recursos o derechos legales que estén a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada a una emergencia, una queja que su plan CenCal Health no solucionó a su satisfacción, o una queja por la cual no ha recibido resolución por más de 30 días, usted puede llamar para obtener asistencia al departamento de DMHC. También puede ser elegible para una Evaluación Médica Independiente (IMR). El proceso de IMR le proporcionará un repaso imparcial de las decisiones médicas que hace el Plan de Salud relacionadas a la necesidad médicas de una cobertura de servicio o tratamiento propuesto, decisiones de la cobertura para los tratamientos de que por naturaleza son experimentales o investigables, y controversias de pagos para las emergencias, o servicios médicos urgentes. El departamento de DMHC también tiene un número, libre de cobro, **1-888-HMO-2219** para recibir quejas

sobre los planes de salud. Aquellas personas que sufran impedimentos auditivos o del habla pueden usar el número, libre de cobro, **1-877-688-9891** (TDD). Los formularios de quejas, la aplicación para un repaso de IMR, y las instrucciones de los procedimientos de quejas se pueden obtener en la Página de Internet <http://www.hmohelp.ca.gov> de DMHC.

Tiene a su disposición el proceso de quejas de CenCal Health, y el proceso de repaso de quejas de la DMHC, y cualquier otro método de argumento para obtener resolución, y si usted decide no usar estos procesos no se le prohíbe usar cualquier otro método proporcionado por la ley.

### ***Arbitraje obligatorio***

Si usted no está satisfecho con la decisión que se tomó por medio del proceso del sistema de quejas de CenCal Health o por medio de una Evaluación Médica Independiente (IMR) del Departamento de Administración de Cuidado de Salud, y desea disputar la decisión, tendrá que usar arbitraje obligatorio para solucionar cualquier argumento (disputa) o desacuerdo. El arbitraje obligatorio es un acuerdo con CenCal Health y con usted como suscriptor/miembro para que los argumentos sean revisados por una persona neutral (un árbitro) o por un grupo de árbitros. Después de escuchar y repasar los hechos de los dos lados (CenCal Health y usted), el arbitrador(es) tomará una decisión. El arbitraje se llevará a cabo en el Estado de California por la Asociación Americana de Arbitraje “American Arbitration Association.” Ambos, la CenCal Health y usted como suscriptor/miembro están de acuerdo en aceptar la decisión del árbitro.

Se requiere que el árbitro lleve a cabo y aplique las leyes estatales y federales. Al concluir el arbitraje, el árbitro publicará una opinión y otorgará la decisión judicial del resultado de los hechos y conclusiones de la ley. La decisión será final y obligatoria por ambos lados (CenCal Health y usted) excepto hasta el punto que provee la ley estatal y federal para la revisión judicial de los procedimientos del arbitraje.

Los argumentos entre usted como el suscriptor/miembro y CenCal Health con respecto a la membresía del programa de Healthy Families, la construcción, interpretación, funcionamiento, o incumplimiento del Comprobante de Cobertura se resolverán por medio del proceso del sistema de quejas de CenCal Health y/o por medio de una Evaluación Médica Independiente (IMR) como se describió anteriormente. Sin embargo, si no se resuelve un argumento por medio de ese proceso, CenCal Health utilizará el arbitraje obligatorio como el método final para resolver tales argumentos, si se declara en el agravio, contrato, o de otro modo, y si están o no están implicados otros grupos tal como grupos de patrones, proveedores de cuidado de salud, o sus agentes o empleados. Además, se determinarán bajo arbitraje obligatorio los argumentos con CenCal Health sobre supuesta responsabilidad profesional o una negligencia médica (si es por cualquier servicio médico el cual fue innecesario, sin autorización, incorrecto, negligente o rendido incompetentemente).

Al hacerse suscriptor/miembro del programa Healthy Families de CenCal Health como condición, estará de acuerdo en someter todo argumento (disputa) que tenga con CenCal Health, a un arbitraje obligatorio final. De la misma manera, CenCal Health está de acuerdo de arbitrar tales argumentos. Este arreglo mutuo de arbitrar argumentos quiere decir que ambos (usted y CenCal Health) están obligados a usar arbitraje como el método final para resolver argumentos que puedan surgir entre ambos lados, y por lo cual ambos lados están de acuerdo y renuncian a cualquier derecho de que se decida cualquier argumento en una corte de ley y ante un jurado. Sin embargo, el utilizar el procedimiento de quejas de arbitraje obligatorio de CenCal Health, no se le prohíbe a ningún lado la posibilidad de usar recursos o derechos legales que estén a su disposición.

El proceso de arbitraje obligatorio de CenCal Health será conducido por un árbitro(s) que ambos (CenCal Health y usted) mutuamente acepten y seleccionen. El arbitraje será controlado bajo el proceso del Acta Federal de Arbitraje sección 9 U.S.C. § 1, et seq. En caso que el reclamo de daños llegue a un máximo de \$200,000 o menos, ambos lados deben, dentro de 30 días de la sumisión de la demanda del arbitraje a CenCal Health, mutuamente designar (escoger) y aceptar a un árbitro neutral quien escuchará y tomará una decisión del caso y el cual no tendrá jurisdicción (autoridad) de otorgar más de \$200,000. En grado caso que la cantidad total de daños sea más de \$200,000, ambos lados deben, dentro de 30 días de la sumisión de la demanda del arbitraje a CenCal Health, escoger a un grupo de tres (3) árbitros neutrales (a menos que ambos lados mutuamente están de acuerdo en aceptar un solo árbitro) quien escuchará y tomará una decisión del caso. Si ambos lados no se ponen de acuerdo durante este tiempo, entonces cualquier partido puede aplicar a la Corte de Jurisdicción Competente para que designen un árbitro(s) quien escuchará y tomará una decisión sobre el asunto. Para iniciar el proceso de arbitraje el miembro tendrá que enviar envié su demanda a CenCal Health a la dirección proporcionada enseguida. La demanda debe de contener una declaración con detalles claros de los hechos, el remedio que busca, y la cantidad de dinero.

**CenCal Health**  
**Atención: Director de Asuntos Legales**  
**4050 Calle Real**  
**Santa Barbara, CA 93110**

Ambos lados (CenCal Health y usted) compartirán por igual los honorarios del árbitro y los gastos administrativos del arbitraje. Cada individuo será responsable por su propio abogado y sus honorarios. Si un miembro se encuentra en extrema necesidad, CenCal Health tal vez puede asumir todos (o una parte) de los honorarios y de los gastos del arbitraje. Después de que CenCal Health reciba, por escrito, la notificación del miembro en donde solicita una petición de privación (necesidad) extrema, CenCal Health enviará la petición a una organización profesional independiente que resuelve argumentos para que tomen una decisión. Tales peticiones deberán ser enviadas al Director de Asuntos Legales de CenCal Health a la dirección proporcionada anteriormente.

# Información General

## ***Otro seguro de salud***

Es ventajoso para usted que le deje saber a la red de proveedores si usted tiene otra cobertura médica aparte de este programa. La mayoría de los seguros médicos cooperan unos con otros para evitar pagos dobles, sin embargo le permitirán que use los dos programas.

La cobertura proveída bajo este programa es secundaria a cualquier otra cobertura, con excepción de Medi-Cal. Después que los beneficios se hayan pagado a consecuencia de la membresía del miembro en cualquier otro programa de cuidado de salud, se determinarán los beneficios que se pagarán bajo este programa.

Asegurase de informarle a su proveedor sobre todos los programas por la cual usted tiene cobertura para que usted pueda obtener todos los beneficios que le pertenezcan. Para mayor información comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de CenCal Health.

## ***Proceso de recuperación del tercer partido y responsabilidades del miembro***

El miembro está de acuerdo, que si los beneficios de este Arreglo son proveídos para tratar una lastimadura o una enfermedad causada por el acto o la omisión injusta de otra persona o por un tercer partido, y tal persona recibe compensación total por el cuidado que recibe a consecuencia de un acto o la omisión injusta antes que la CenCal Health tenga derecho al reembolso, el miembro debe hacer lo siguiente:

- Rembolsar a CenCal Health el costo razonable de los servicios médicos proveídos por CenCal Health hasta tal punto permitido bajo Sección 3040 del Código Civil de California inmediatamente después que él o ella coleccionó los daños, ya sea por acción o ley, arreglo, o de otro modo, y
- Cooperar completamente con la ejecución de los derechos de un embargo de CenCal Health para el valor razonable de los servicios proporcionados por CenCal Health hasta tal punto permitido bajo Sección 3040 del Código Civil de California. El embargo de CenCal Health se puede registrar con la persona que causó las lesiones, con su agente, o por la corte.

CenCal Health tiene el derecho al pago, reembolso, y subrogación de la recuperación de un tercer partido y el miembro tendrá que cooperar plenamente y completamente cumplir y proteger los derechos de CenCal Health, incluso el notificarle rápidamente sobre un caso involucrando la recuperación de un tercer partido.

## ***Beneficios que no se duplican con la compensación del trabajador***

CenCal Health proporcionará los beneficios de este Arreglo en el momento que se necesiten pero el tercer partido será responsable del todo o parte del costo para los

servicios médicos que CenCal Health proporcionó, conforme a la Compensación del Trabajador o “Employer’s Liability Law (la ley de la responsabilidad del patrón) e otra legislación con propósito similar o de la importancia. El miembro estará de acuerdo en proporcionarle a CenCal Health un embargo por tales beneficios de la Compensación del Trabajador al extremo del valor razonable de los servicios proveídos por CenCal Health. El embargo también se puede registrar por medio del tercer partido responsable, su agente, o por la corte.

Para los propósitos de esta subdivisión, el valor razonable será determinado como usual, de costumbre, o razonable para los cobros de los servicios que se proporcionaron en el área geográfica de cobertura.

Al aceptar la cobertura bajo este Arreglo, los miembros están de acuerdo en cooperar para proteger los intereses de CenCal Health bajo esta disposición y ejecutar y entregar a CenCal Health o a su nominado todas las asignaciones u otros documentos que puedan ser necesarios o apropiados para efectuar y proteger completamente y totalmente efectuar los derechos de CenCal Health o su nominado.

### ***Coordinación de beneficios***

Al inscribirse con CenCal Health cada miembro está de acuerdo en completar y someter a CenCal Health tales consentimientos, permisos, asignaciones, y cualquier otro documento que razonablemente lo pide CenCal Health para asegurar y obtener reembolso y para coordinar cobertura de beneficios con otro Plan de Salud o las pólizas de otro seguro médico. Los beneficios pagables, para un miembro, serán reducidos cuando tales beneficios estén disponibles bajo otro plan o póliza en todo caso que el reclamo esté o no esté hecho por el mismo.

El tener doble cobertura bajo CenCal Health no significa que habrá un rebaje de las obligaciones del miembro por todos los co-pagos requeridos.

### ***Limitaciones de otra cobertura***

Esta cobertura del Plan de Salud no está designada a duplicar cualquier beneficio por los cuales los miembros tengan el derecho bajo programas gubernamentales, incluso CHAMPUS/TRICARE, Medi-Cal, o Compensación del Trabajador. Al ejecutar la inscripción de su aplicación, el miembro está de acuerdo en completar y someter a CenCal Health tales consentimientos, permisos, asignaciones, y cualquier otro documento que razonablemente lo pide CenCal Health para asegurar y obtener reembolso por medio de CHAMPUS/TRICARE, Medi-Cal, o bajo la ley de Compensación del Trabajador.

### ***Pagos al proveedor***

CenCal Health contrata con grupos médicos, médicos independientes, y hospitales para que proporcionen servicios médicos y de hospital. Los grupos médicos emplean o contratan a médicos individualmente.

CenCal Health no usa paga extraordinaria u otros incentivos para compensar a los proveedores de Healthy Families. A los grupos médicos y los médicos independientes se les paga a base de un porcentaje, o sobre el precio de la cuota-por-servicio, prevaleciente de Medi-Cal. A los hospitales se les paga a un precio fijo de hospitalización por día y un porcentaje, o sobre la cuota-por-servicio prevaleciente de Medi-Cal.

Usted puede obtener información acerca de los arreglos de compensación de CenCal Health a través del Departamento de Servicios para Miembros.

Si usted quiere saber más sobre un proveedor, usted puede pedir esa información directamente al proveedor o su grupo médico.

### ***Provisiones de reembolso – Si usted recibe un cobro***

Si usted obtiene servicios que no están cubiertos, que no son urgentes o de emergencia, y que no fueron autorizados por su PCP, y si tales servicios se obtuvieron por medio de proveedores fuera del área de servicio de CenCal Health, el miembro puede ser financieramente responsable por la cuenta. Los miembros no son financieramente responsables por pagar cobros a proveedores para servicios que están cubiertos. CenCal Health es responsable por pagar a los proveedores por estos cobros.

Si su Proveedor de Cuidado Primario lo refiere con otro proveedor y ese proveedor o un proveedor de CenCal Health le envía un cobro por un servicio que esta cubierto, comuníquese de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda y CenCal Health resolverá el asunto.

Si CenCal Health niega un cobro o reclamo por servicios que recibió y usted no esta de acuerdo con esta decisión, usted puede pedir una apelación dentro de un (1) año de la fecha en que se negó el cobro o el reclamo. Usted puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o puede enviar por correo una copia de su cuenta (cobro) a:

**CenCal Health**  
**Departamento de Servicios para Miembros**  
**4050 Calle Real**  
**Santa Barbara, CA 93110**

### ***Participación del público***

Junta Asesora Comunitaria (CAB por sus siglas en inglés) incluye representantes de la comunidad y miembros de CenCal Health interesados en el mejoramiento de nuestros programas y nuestros servicios. CAB hace recomendaciones directamente a la Mesa Directiva de CenCal Health.

CAB se reúne cuatro veces al año. Las reuniones se alternan entre los condados de Santa Bárbara y San Luís Obispo. A los miembros se les reembolsará por el gasto de

las millas que viajan. Si le interesa servir en la Junta Asesora Comunitaria, por favor comuníquese al 1-800-421-2560, ext. 1690, para obtener más información.

También hay un número de teléfono donde usted puede obtener la fecha, hora, y ubicación de la siguiente reunión de la Junta Asesora Comunitaria. Usted puede escuchar este mensaje, que también anuncia el nombre del conferenciante (orador) invitado. Por favor llame al 1-800-421-2560, ext. 3013.

### ***Notificándole de cambios en el Plan de Salud***

Durante el año, nosotros le avisaremos sobre los cambios del Plan de Salud. Esto puede incluir cambios al Directorio de Proveedores, Manual para Miembros, y Comprobante de Cobertura. Nosotros le pondremos al corriente y estaremos disponibles para contestar sus preguntas que tal vez pueda tener. Comuníquese con nosotros a CenCal Health si tiene cualquier pregunta acerca de los cambios en el Plan de Salud.

### ***Prácticas de privacidad***

La Información de Seguros y el Acta de Protección de Privacidad indica que el Plan de Salud puede obtener información personal de otras personas aparte del individuo o individuos que están aplicando para cobertura de seguro. Su Plan de Salud no divulgará ninguna información personal privilegiada sobre un individuo por el cual el Plan de Salud haya obtenido o recibido con relación a una transacción de seguro a menos que el individuo o individuos autorizan por escrito tal divulgación. Los individuos que han solicitado cobertura de seguro por medio del Plan de Salud, tienen el derecho al acceso y colección de información personal que pudo haber sido obtenida en la colección de la aplicación para la cobertura de seguro. Todos los miembros del Plan de Salud recibirán una copia de Aviso de Privacidad con su Cobertura de Evidencia y una nueva Tarjeta de Identificación.

LOS REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE CENCAL HEALTH PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION MÉDICA DEL MIEMBRO ESTA DISPONIBLE Y SE DARÀ SEGÚN LA PIDA USTED.

### ***Donación de tejido y órgano***

Donar órganos y tejidos provee muchas ventajas sociales. La donación de un órgano y tejido permite que los recipientes de trasplantes conduzcan vidas más completas y más significantes. Actualmente, la necesidad de trasplantes del órgano excede la disposición de órganos. Si usted está interesado en donar un órgano, por favor hable con su doctor. La donación del órgano comienza en el hospital cuando se pronuncia que un paciente está clínicamente muerto y es identificado potencialmente como un donador de órgano. Una organización de adquisición de órgano estará involucrada para coordinar las actividades. El Departamento de Servicios de Salud y Humanos tiene más información sobre la donación de sus órganos y tejidos en su Página de Internet <http://www.organdonor.gov>.

# Mapa del Área de Servicio del Plan

