

# Inland Empire Health Plan – Lista de Beneficios de los planes de Covered California

## Costos compartidos de Platinum 90 AI-AN HMO de Covered California

Esta Lista de Beneficios (*Schedule of Benefits*, SOB) es parte de la Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage*, EOC) e indica la cantidad que usted pagará por los servicios cubiertos por medio de este plan de beneficios. Consulte ambos documentos para obtener una descripción completa de las disposiciones, los beneficios, las exclusiones, los requisitos de autorización previa y otra información importante acerca de este plan de beneficios.

La SOB indica los copagos (cantidades fijas de dólares) y coseguros (cantidades porcentuales) que usted debe pagar por los servicios cubiertos y los suministros de este plan.

Usted debe pagar las cantidades fijas de dólares de los copagos en el momento en el que recibe los servicios. Las cantidades porcentuales de los coseguros en general se facturan luego de que se han recibido los servicios.

Existe un límite en los montos que debe pagar en un año calendario. Consulte la sección “Gastos de bolsillo Máximo” para obtener más información.

Los miembros de AIAN no tienen costos compartidos, no se aplica el deducible, para los beneficios de salud esenciales que son proporcionados por un proveedor de la red que también es proveedor del Servicio de Salud Indígena (IHSI), una tribu india, una organización tribal o una organización indígena urbana.

Los servicios cubiertos para condiciones médicas y para trastornos de salud mental y trastornos por abuso de sustancias que sean brindados según corresponda por telesalud/servicios virtuales están cubiertos de la misma manera y con el mismo alcance que los servicios cubiertos brindados en persona. Consulte la definición de “Telesalud/Servicios virtuales” en la sección de “Definiciones” para obtener más información.

### Deducible por año calendario para ciertos servicios

En todo año calendario, usted debe pagar ciertas cantidades por los servicios médicos sujetas al deducible hasta que alcance una de las siguientes cantidades del deducible:

Deducible médico, por miembro	\$0
Deducible médico, por familia	\$0
Deducible de farmacia, por miembro	\$0
Deducible de farmacia, por familia	\$0

- El deducible por año calendario es requerido para ciertos servicios médicos y se aplica al máximo de desembolso personal. Usted debe pagar una cantidad de gastos cubiertos por estos servicios equivalente al deducible por año calendario indicado más arriba antes de

que su plan pague los beneficios. Luego de alcanzar el deducible, usted será responsable a nivel financiero de pagar cualquier otro costo compartido correspondiente hasta que alcance el máximo de desembolso personal individual o familiar. Si usted es un miembro de un plan familiar (con dos o más miembros), alcanzará el deducible cuando cumpla con la cantidad para un miembro o cuando su familia completa cumpla con la cantidad familiar.

- El deducible por año calendario no se aplica para los servicios pediátricos para la vista ni para los servicios pediátricos dentales.
- El deducible por año calendario corresponde salvo para los casos que se indican a continuación.
- El deducible por año calendario no corresponde para los servicios de atención preventiva.

### **Máximo de desembolso personal por año calendario**

Las cantidades de máximo de desembolso personal (*Out-of-Pocket Maximum, OOPM*) a continuación son las cantidades máximas que usted debe pagar por los servicios cubiertos durante un año calendario particular, salvo según lo descrito en la sección “Excepciones al OOPM” a continuación.

Una vez que la cantidad total de todos los copagos y los coseguros que usted paga por los servicios cubiertos y los suministros según esta EOC en un año calendario equipare la cantidad del máximo de desembolso personal, no se le podrá exigir a ningún miembro el pago de los servicios cubiertos y suministros. Sus pagos por servicios o suministros que este plan no cubre no se aplicarán a la cantidad del OOPM.

OOPM, por miembro	\$4,500
OOPM, por familia	\$9,000

- Si un miembro paga la cantidad de costos compartidos por servicios cubiertos y suministros en un año calendario que equipare la cantidad del OOPM indicado más arriba para un miembro, no se requiere que el miembro haga ningún pago adicional por el resto del año calendario.
- Una vez que un miembro individual de una familia alcance el OOPM individual, el resto de los miembros de la familia inscritos deben continuar pagando el costo compartido hasta que (a) la suma de dichos costos compartidos pagados por la familia alcancen el OOPM de la familia, o que (b) cada miembro de la familia inscrito cumpla de manera individual con el OOPM individual.
- Si las cantidades pagadas por servicios cubiertos y suministros para todos los miembros inscritos equiparan la cantidad del OOPM indicada para una familia, no se requiere que ningún miembro inscrito de esa familia haga ningún pago adicional por el resto del año calendario por estos servicios. (NOTA: Para que se aplique el OOPM familiar, todos los miembros de la familia deben estar inscritos por medio de un solo suscriptor. Los miembros de la familia inscritos como suscriptores separados están sujetos cada uno al OOPM de un miembro solo).
- Únicamente las cantidades que se aplican a la cantidad del OOPM de un miembro individual pueden aplicarse a la cantidad del OOPM de la familia. IEHP le reembolsará cualquier cantidad que usted pague por servicios cubiertos para usted que de otro modo correspondería a su OOPM individual pero que exceden la cantidad de OOPM antes mencionada para un miembro, y no contarán para el OOPM de su familia. Los miembros

individuales no pueden aportar más que la cantidad del OOPM individual al OOPM de la familia.

- Le avisaremos cuando usted haya alcanzado la cantidad de su OOPM para el año calendario. También puede obtener la información actualizada de su OOPM acumulado si visita el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) o si llama a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación (ID). Conserve una copia de todos los recibos y los cheques cancelados para los servicios cubiertos y suministros como comprobantes de los pagos que realizó.

## Otros cargos

### Atención de emergencia o atención urgente en una sala de emergencias o centro de atención urgente

Beneficio	Lo que paga el miembro
Institución de la sala de emergencias	Copago de \$150/visita
Médico de la sala de emergencias	Copago de \$0/visita
Centro o institución de atención urgente	Copago de \$15/visita

### Excepciones al copago:

- Si usted es admitido en el hospital como paciente hospitalizado directamente desde la sala de emergencias, no corresponderá el copago de la institución de la sala de emergencias.
- Si usted recibe atención de un centro de atención urgente que es propiedad de su Doctor de Cuidado Primario (*Primary Care Physician, PCP*) y está dirigido por él, corresponderá el copago por atención urgente.
- Para la atención de emergencia en una sala de emergencias o en un centro de atención urgente, se requiere que usted pague solamente las cantidades de los copagos que se exigen para este plan según lo descrito anteriormente. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” a continuación para obtener información sobre el copago por transporte médico de emergencia.

### Servicios de ambulancia – Servicios médicos, de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias

Beneficio	Lo que paga el miembro
Ambulancia terrestre	Copago de \$150/transporte
Ambulancia aérea	Copago de \$150/transporte

Para obtener más información sobre la cobertura de los servicios de ambulancia, consulte las partes de “Servicios de ambulancia” en la sección de “Beneficios del plan” y la sección de “Exclusiones y limitaciones”.

## Visitas al consultorio

Beneficio	Lo que paga el miembro
Visita al consultorio del Doctor de Cuidado Primario (PCP)	Copago de \$15/visita
Otro profesional (incluye enfermeras con práctica médica, asistentes médicos, fisioterapeutas, terapeutas de acupuntura)	Copago de \$15/visita
Visita al consultorio de un especialista	Copago de \$30/visita
Examen de la audición para diagnóstico o tratamiento	Copago de \$15/visita
Visita de un médico al hogar del miembro (a discreción del médico según las normas y los criterios establecidos por IEHP)	Copago de \$15/visita
Visita de un especialista al hogar del miembro (a discreción del médico según las normas y los criterios establecidos por IEHP)	Copago de \$30/visita

- Se permiten las autorreferencias para los servicios de obstetricia y ginecología y para los servicios de atención de la salud reproductiva y sexual. (Consulte las partes llamadas “Autorreferencia para obstetricia y ginecología (*Obstetrician and Gynecologist, OB/GYN*)” y “Autorreferencia para servicios de atención de la salud reproductiva y sexual” de la sección “Beneficios del plan”).
- El copago de consulta con un especialista corresponde a los servicios brindados por un médico de la red que no sea su PCP. Si el especialista es su PCP, corresponderá el copago de visita al consultorio de PCP para las visitas a ese médico, a excepción de lo que se indica a continuación para ciertos servicios de atención preventiva. Consulte “Doctor de Cuidado Primario” en la sección de “Definiciones” para obtener más información acerca de los tipos de médicos que puede elegir como su Doctor de Cuidado Primario.

## Servicios de atención preventiva

Beneficio	Lo que paga el miembro
Servicios de atención preventiva	Copago de \$0

- Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, exámenes físicos preventivos anuales, vacunas, exámenes de detección y diagnóstico de cáncer de próstata, exámenes de bienestar de la mujer, servicios preventivos para el embarazo, otros servicios preventivos para mujeres según lo indica la Administración de Recursos y Servicios de Salud (*Health Resources and Services Administration, HRSA*), apoyo y suministros para la lactancia y exámenes de detección preventivos para la vista y la audición. Para más detalles, consulte la parte llamada “Servicios de atención preventiva” de la sección “Beneficios del plan”.
- Si recibe otros servicios cubiertos aparte de los servicios de atención preventiva durante la misma visita, usted deberá pagar también el copago correspondiente para esos servicios.

### Servicios de laboratorio y de diagnóstico

Beneficio	Lo que paga el miembro
Servicios de laboratorio	Copago de \$15/visita
Servicios de exámenes de diagnóstico por imágenes (inclusive rayos X)	Copago de \$30/visita
Exámenes por imágenes avanzados (CT, SPECT, MRI, MUGA y PET)	Copago de \$75/visita

### Alergia, vacunaciones e inyecciones médicas

Beneficio	Lo que paga el miembro
Pruebas de alergia	Copago de \$30
Suero para la alergia	10% de coseguro
Servicios de inyecciones para la alergia	\$15 de copago por día
Vacunaciones con fines ocupacionales o para viajes al exterior	No es un beneficio cubierto
Inyecciones médicas (excepto las inyecciones para la infertilidad) y medicamentos inyectables que se administran en el consultorio (por dosis)	10% de coseguro

- Consulte la parte llamada “Servicios de atención preventiva” de esta sección para ver las vacunaciones que están cubiertas por el beneficio de servicios preventivos.
- Ciertos medicamentos inyectables que se consideran de autoadministración están cubiertos en el nivel de medicamentos de especialidad del beneficio de farmacia. Los medicamentos de especialidad no están cubiertos por los beneficios médicos incluso si son administrados en el consultorio de un médico. Si necesita que el proveedor le administre el medicamento de especialidad, deberá obtener el medicamento de especialidad por medio de nuestro proveedor de farmacia de especialidad contratado y llevarlo al consultorio del médico. Si no, puede coordinar la entrega del medicamento de especialidad directamente al consultorio del proveedor por medio de nuestro proveedor de farmacia de especialidad contratado. Para conocer el copago correspondiente, consulte la parte llamada “Nivel 4 (Medicamentos de especialidad)” de esta sección de la “Lista de Beneficios”.

### Terapia de rehabilitación y de habilitación para pacientes ambulatorios

Beneficio	Lo que paga el miembro
Fisioterapia	Copago de \$15/visita
Terapia ocupacional	Copago de \$15/visita
Terapia del habla	Copago de \$15/visita
Terapia pulmonar	Copago de \$15/visita
Terapia cardíaca	Copago de \$15/visita
Terapia de habilitación	Copago de \$15/visita

- Estos servicios estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios.
- La cobertura para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla de rehabilitación y habilitación está sujeta a ciertas condiciones, según se describe en la parte “Terapia de rehabilitación y habilitación” de la sección “Exclusiones y limitaciones”.

## Servicios para el embarazo y la maternidad

Beneficio	Lo que paga el miembro
Visitas al consultorio para atención preventiva prenatal y de posparto	Copago de \$0/visita
Visita al consultorio para atención no preventiva prenatal y de posparto	Copago de \$15/visita
Visita al consultorio para atención para el recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días)	Copago de \$15/visita
Visita de un médico a la madre o al recién nacido en el hospital	Copago de \$0/visita
Servicios profesionales para el parto normal, incluida la cesárea	Copago de \$0
Otros servicios para el parto normal, incluida la cesárea	Copago de \$0
Pruebas genéticas para el feto	Copago de \$15/visita
Circuncisión del recién nacido (desde el nacimiento hasta los 30 días)	Copago de \$0

- La atención prenatal, de posparto y para el recién nacido que sea un servicio de atención preventiva está cubierta en su totalidad. Si se reciben otros servicios que no son de atención preventiva durante la misma visita al consultorio, corresponderá el costo compartido antes mencionado para los servicios que no son de atención preventiva. Consulte la parte “Servicios de atención preventiva” y “Embarazo” en los “Beneficios del plan”.
- Las cantidades de los costos compartidos mencionados arriba corresponden a los servicios profesionales indicados solamente. La atención que se brinde en un hospital o en un entorno de cirugía para pacientes ambulatorios también está sujeta a los costos compartidos correspondientes de los profesionales y de las instituciones para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Consulte “Visitas de un médico al hospital”, “Otros servicios profesionales”, “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” y “Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios” para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.
- Las circuncisiones para los miembros a partir de los 31 días de edad están cubiertas si son médicamente necesarias como una cirugía ambulatoria. Consulte “Otros servicios profesionales” y “Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios” para determinar el costo compartido correspondiente. Para los hospitales que no separan los cargos de los servicios de instituciones para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, corresponderá la tarifa de instituciones para pacientes hospitalizados. Consulte la parte titulada “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” para determinar cualquier costo compartido que pueda corresponder.

### Servicios profesionales para la planificación familiar

Beneficio	Lo que paga el miembro
Esterilización femenina	Copago de \$0
Esterilización masculina	Copago de \$0

- El asesoramiento y los métodos de esterilización femenina y de anticoncepción para la mujer, según lo indican las pautas de la HRSA, están cubiertos bajo los “Servicios de atención preventiva” en esta sección.
- Los costos compartidos mencionados arriba corresponden a los servicios profesionales solamente. La atención que se brinde en un hospital o en un entorno de cirugía para pacientes ambulatorios también está sujeta a los costos compartidos correspondientes de las instituciones. Consulte las partes tituladas “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” y “Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios” para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.
- Para los hospitales que no separan los cargos de los servicios de instituciones para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, corresponderá la tarifa de instituciones para pacientes hospitalizados. Consulte la parte titulada “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.

### Otros servicios profesionales

Beneficio	Miembro ambulatoria paga	El miembro paciente hospitalizado paga
Cirugía	Copago de \$20	Copago de \$0
Asistencia en la cirugía	Copago de \$20	Copago de \$0
Visitas de un médico al hospital	Copago de \$20	Copago de \$0
Administración de anestesia	Copago de \$20	Copago de \$0
Quimioterapia	10% de coseguro	Copago de \$0
Radioterapia	10% de coseguro	Copago de \$0
Medicina nuclear (uso de materiales radiactivos)	10% de coseguro	Copago de \$0
Diálisis renal	10% de coseguro	Copago de \$0
Trasplante de órganos, de tejidos o de células madre	10% de coseguro	Copago de \$0
Terapia de infusión en el hogar, en un entorno de paciente ambulatorio o en un consultorio	10% de coseguro	Copago de \$0
Atención de heridas	Copago de \$20	Copago de \$0
Educación para el paciente sobre la diabetes, el manejo del peso y para dejar de fumar	Copago de \$0	Copago de \$0

- Los costos compartidos mencionados arriba corresponden a los servicios profesionales solamente. La atención que se brinde en un hospital o en un entorno de cirugía para pacientes ambulatorios también está sujeta a los costos compartidos correspondientes de las instituciones. Consulte las partes tituladas “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” y “Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios”

- para determinar cualquier costo compartido que pueda corresponder.
- La cirugía incluye la reconstrucción quirúrgica de un seno tras la realización de una mastectomía, inclusive la cirugía para recuperar la simetría, y también incluye la prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluido la linfedema.
- Para los hospitales que no separan los cargos de los servicios de instituciones para pacientes hospitalizados y los servicios profesionales para pacientes hospitalizados, corresponderá la tarifa de instituciones para pacientes hospitalizados. Consulte la parte titulada “Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados” para determinar cualquier costo compartido que pueda corresponder.
- El asesoramiento para la educación sobre la salud para la diabetes, el manejo del peso y para dejar de fumar, inclusive los programas brindados en línea y el asesoramiento por teléfono, está cubierto como atención preventiva y no tiene ningún costo compartido. Sin embargo, si se brindan otros servicios médicos que no tienen únicamente el propósito de asesoramiento cubierto para la educación sobre la salud, corresponderá el costo compartido correspondiente.

### Suministros médicos

Beneficio	Lo que paga el miembro
Equipo médico duradero, nebulizadores, máscaras faciales y tubos	10% de coseguro
Suministros de ortopedia (como férulas, artículos para sujeción y yesos)	10% de coseguro
Equipo para la diabetes	10% de coseguro
Calzado correctivo	10% de coseguro
Injertos de piel y reemplazo de tejidos	10% de coseguro
Prótesis (internas o externas)	10% de coseguro
Prótesis craneales (pelucas)	10% de coseguro
Sangre o productos hemoderivados, incluidos los factores sanguíneos no obtenidos por medio del beneficio de medicamentos recetados.	10% de coseguro

- Los dispositivos y suministros para la lactancia, según lo indican las pautas de la HRSA, están cubiertos bajo los “Servicios de atención preventiva”. Para más detalles, consulte la disposición “Servicios de atención preventiva” en la sección “Beneficios del plan”.
- El calzado correctivo médicamente necesario está cubierto.
- Los suministros urológicos y para la ostomía son artículos cubiertos. Vea la parte titulada “Suministros urológicos y para la ostomía” de los “Beneficios del plan”.
- Las prótesis craneales (pelucas) luego de los servicios de quimioterapia y/o radioterapia, quemaduras o para miembros que sufren de alopecia están cubiertas y sujetas a una peluca por año calendario. No se brindará ninguna otra cobertura para pelucas. El trasplante de cabello, el análisis del cabello y el cabello postizo no están cubiertos.
- Los medicamentos para el tratamiento de la hemofilia, inclusive los factores sanguíneos, se consideran medicamentos autoinyectables y están cubiertos como un



medicamento de especialidad del nivel 4 por medio del beneficio de medicamentos recetados.

### Servicios de salud en el hogar

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Servicios de atención de salud en el hogar	Copago de \$20/visita

- Limitado a 100 visitas por año calendario.

### Servicios de atención paliativa

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Atención paliativa	Copago de \$0

### Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Habitación y pensión completa en una habitación semiprivada o privada o una unidad de atención especial, incluyendo servicios auxiliares (adicionales)	Copago de \$225 por día, hasta 5 días
Visita de un médico de salud mental en un hospital, una institución de salud del comportamiento o un centro de tratamiento residencial	Copago de \$225 por día, hasta 5 días
Servicios como paciente hospitalizado en un hospital, una institución de salud del comportamiento o un centro de tratamiento residencial	Copago de \$225 por día, hasta 5 días
Desintoxicación	Copago de \$225 por día, hasta 5 días

- Los coseguros mencionados arriba corresponden a los servicios de instituciones solamente. La atención que se brinde en un hospital también está sujeta a los costos compartidos por servicios profesionales. Consulte las partes tituladas “Servicios para el embarazo y la maternidad” y “Otros servicios profesionales” para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.
- Los coseguros mencionados arriba para servicios hospitalarios para pacientes internados o servicios de la unidad de atención especial corresponden para la hospitalización de un miembro adulto, pediátrico o recién nacido. Para una estadía como paciente hospitalizado para el parto de un recién nacido, el recién nacido no estará sujeto a un coseguro separado por los servicios hospitalarios de paciente hospitalizado a menos que el miembro recién nacido requiera una admisión en la unidad de atención especial o que requiera una estadía de más de 2 días de duración para un parto vaginal o de 4 días para una cesárea.

### Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios

Beneficio	Lo que paga el miembro
Institución de cirugía para pacientes ambulatorios (cirugía que se realiza en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía para pacientes ambulatorios)	Copago de \$75
Servicios de instituciones para pacientes ambulatorios (que no sean para cirugía)	Copago de \$75

- Los coseguros mencionados corresponden a los servicios de instituciones para pacientes ambulatorios solamente. La atención que se brinde en un entorno de cirugía para pacientes ambulatorios también está sujeta a los costos compartidos por servicios profesionales. Consulte las partes tituladas “Servicios para el embarazo y la maternidad”, “Planificación familiar” y “Otros servicios profesionales” para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.
- Otros servicios profesionales brindados en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, tales como una visita a un médico (visita al consultorio), servicios de laboratorio y de radiografía, fisioterapia, etc., están sujetos al mismo costo compartido que se requiere cuando estos servicios se brindan en el consultorio de su médico. Consulte los títulos para los diversos servicios, tales como visitas al consultorio, rehabilitación y otros servicios profesionales, para determinar cualquier costo compartido adicional que pueda corresponder.
- Los procedimientos de colonoscopia y sigmoidoscopia de detección (con el fin de detectar el cáncer colorrectal) estarán cubiertos según la sección “Servicios de atención preventiva” que se encuentra más arriba. Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico (excepto los exámenes de detección de colonoscopia y sigmoidoscopia) que se realizan en una institución para pacientes ambulatorios requieren el costo compartido correspondiente para los servicios de instituciones para pacientes ambulatorios (que no sean para cirugía).

### Servicios de instituciones de enfermería especializada

Beneficio	Lo que paga el miembro
Habitación y pensión completa en una habitación semiprivada o privada con servicios auxiliares (adicionales)	Copago de \$125 por día, hasta 5 días

- Los servicios de instituciones de enfermería especializada están limitados a 100 visitas por año calendario para cada miembro.

### Servicios de salud mental y de trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Visita al consultorio/consulta con un profesional como paciente ambulatorio (evaluación psicológica o sesión terapéutica en un consultorio, manejo de los medicamentos y monitoreo de la terapia con medicamentos)	Copago de \$15/visita
Sesión de terapia grupal para pacientes ambulatorios	Copago de \$7.50/visita
Servicios para pacientes ambulatorios que no son una visita al consultorio/consulta con un profesional (evaluación psicológica y neuropsicológica, otros procedimientos para pacientes ambulatorios, desintoxicación para pacientes ambulatorios, programa de atención intensiva para pacientes ambulatorios, tratamiento de día y hospitalización parcial).	Copago de \$15/visita
Visita de un profesional de la salud mental al hogar del miembro	Copago de \$15/visita

- Cada sesión de terapia grupal cuenta como media visita privada al consultorio para cada miembro que participa en la sesión.
- Las visitas a pacientes hospitalizados por parte de profesionales de la salud mental de la red que no sean médicos están incluidas en la tarifa de instituciones de servicios para pacientes hospitalizados.
- Si dos o más miembros de la misma familia acuden a la misma sesión de tratamiento para pacientes ambulatorios, corresponderá un solo copago.

### Medicamentos recetados

<b>Beneficio de farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Medicamentos del nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$7 de copago/prescripción
Medicamentos del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$16 de copago/prescripción
Medicamentos del nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	\$25 de copago/prescripción
Nivel 4 (medicamentos de especialidad)	10% de coseguro hasta \$250 por prescripción
Medicamentos preventivos y anticonceptivos para mujeres	\$0 de copago/prescripción

<b>Beneficio de farmacia de pedido por correo para los medicamentos de mantenimiento del formulario (suministro de hasta 100 días)</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Medicamentos del nivel 1 (la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo)	\$14 de copago/prescripción
Medicamentos del nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	\$32 de copago/prescripción
Medicamentos del nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	\$50 de copago/prescripción
Medicamentos preventivos y anticonceptivos para mujeres	\$0 de copago/prescripción

- Los copagos mencionados arriba corresponden a los medicamentos del formulario. Los medicamentos que no son del formulario están cubiertos como una excepción y corresponderán los copagos del nivel 3.
- Se le cobrará un copago por cada medicamento recetado. Si el precio de venta minorista de la farmacia o del administrador de pedidos por correo es inferior al copago correspondiente, el miembro solamente pagará el precio de venta minorista de la farmacia o el precio de venta minorista del administrador de pedidos por correo.
- Su responsabilidad financiera para los medicamentos recetados varía según el tipo de medicamento dispensado. Para obtener una descripción completa de los beneficios para medicamentos recetados, las exclusiones y limitaciones, consulte la parte de “Medicamentos recetados” en la sección de “Beneficios del plan” y la sección de “Exclusiones y limitaciones”.
- El coseguro estará basado en la tarifa de farmacias contratadas de IEHP.
- Sin importar el nivel de medicamento recetado, los medicamentos genéricos se dispensarán siempre que haya un medicamento genérico equivalente disponible. IEHP cubrirá los medicamentos de marca, incluidos los medicamentos de especialidad, que tengan equivalentes genéricos solamente cuando el medicamento de marca sea médicamente necesario y el médico obtenga la autorización previa de IEHP.
- Es posible que se requiera una autorización previa. Para obtener una descripción de los requisitos para una autorización previa, consulte la parte de “Medicamentos recetados” en la sección de “Beneficios del plan”, o visite nuestro sitio web [iehp.org](http://iehp.org) para obtener una lista de los medicamentos que requieren autorización previa.
- Es posible que los medicamentos de especialidad deban requerirse a un proveedor de farmacia de especialidad. Los copagos de los medicamentos de especialidad del nivel 4 incluirán los medicamentos de especialidad que no son del formulario que estarán cubiertos como una excepción.
- Los medicamentos contra el cáncer administrados oralmente tendrán un máximo de copago de \$250 para una receta individual para un suministro de hasta 30 días.

### Servicios pediátricos para la vista

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Examen de los ojos de rutina con dilatación	Copago de \$0
Examen para lentes de contacto (prueba de lentes y seguimiento)	Copago de \$0
Marcos y lentes estándar (un par cada 12 meses)	Copago de \$0
Lentes de contacto estándar y premium en lugar de lentes de anteojos	Copago de \$0
Prueba de visión baja y equipo (examen cada 5 años)	Copago de \$0

- Los servicios pediátricos para la vista están cubiertos hasta el último día del mes en el que el miembro cumple diecinueve años de edad.
- Todos los servicios cubiertos deben ser brindados por un proveedor de la vista de la red de IEHP. Para conocer las limitaciones para los servicios pediátricos para la vista cubiertos, consulte la parte de “Servicios pediátricos para la vista”.
- Limitado a un examen de la vista completo una vez por año calendario.
- Examen para lentes de contacto además del examen de la vista del miembro. No hay un copago adicional por hasta dos visitas de seguimiento para lentes de contacto luego del examen de prueba inicial.
- Los beneficios no pueden combinarse con ningún descuento, oferta promocional ni otros planes de beneficios grupales. Las asignaciones son beneficios de un solo uso. No queda un saldo pendiente.
- La cobertura incluye lentes para anteojos estándar de plástico o de cristal (monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares) y mejoras de lentes estándar (de policarbonato resistentes al impacto, recubrimiento para rayos UV, resistentes a los rayones y lentes progresivos).
- Los marcos estándar o los lentes de contacto estándar/premium tienen una asignación máxima del beneficio de \$150. Usted es responsable de los costos a partir de \$150.
- Los lentes de contacto estándar incluyen los lentes de contacto rígidos o blandos, esféricos y de uso diario. Los lentes de contacto premium incluyen los lentes de contacto tóricos, multifocales, de color cosmético, posquirúrgicos y permeables al gas; hay una asignación máxima del beneficio de \$60 para los lentes de contacto premium.
- Se cubre un dispositivo para la visión baja por año calendario.

### Servicios dentales pediátricos

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Servicios de diagnóstico y preventivos – Examen oral, limpieza preventiva y radiografías, selladores por cada diente, aplicación tópica de fluoruro, mantenedores de espacio fijos	Copago de \$0
Servicios básicos – Procedimientos de restauración, servicios de mantenimiento periodontal	Consulte el Resumen dental de beneficios y Calendario de copagos dentales para 2024
Servicios principales – Coronas, moldes, endodoncia, periodoncia que no sea de mantenimiento, prostodoncia, cirugía oral	Consulte el Resumen dental de beneficios y Calendario de copagos dentales para 2024
Ortodoncia infantil – Ortodoncia médicamente necesaria	Copago de \$1,000

- Los servicios dentales pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en el que el miembro cumple diecinueve años de edad.
- Todos los servicios cubiertos deben ser brindados por un proveedor dental de la red de IEHP. Para conocer la información detallada de los beneficios y las limitaciones para los servicios dentales pediátricos cubiertos, consulte la parte de “Resumen de beneficios dentales”.
- Si usted compró un plan de beneficios dentales pediátricos complementario separado, los beneficios dentales pediátricos cubiertos por este plan se pagarán primero: el plan de beneficios dentales pediátricos cubrirá los servicios no cubiertos y/o los costos compartidos según lo descrito en su documento de cobertura del plan de beneficios dentales pediátricos complementario.
- Un proveedor dental de la red puede cobrarle a usted su tarifa usual y habitual por los servicios dentales que no estén cubiertos bajo este plan. Antes de brindar estos servicios, el dentista debería detallar los servicios que se brindarán y el costo estimado de cada servicio.

### Servicios de acupuntura

<b>Beneficio</b>	<b>Lo que paga el miembro</b>
Examen de paciente nuevo	Copago de \$15/visita
Cada visita subsiguiente	Copago de \$15/visita
Visita de repetición del examen	Copago de \$15/visita
Segunda opinión	Copago de \$15/visita

- IEHP tiene contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH) para brindar los beneficios de acupuntura. Usted puede elegir un acupunturista de la red del Directorio de acupunturistas contratados de los Planes ASH.
- Si la repetición de la evaluación ocurre durante una visita subsiguiente, se requerirá un solo copago.

Los servicios de acupuntura, que se brindan en general solamente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico, están cubiertos cuando son médicamente necesarios.

# **Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura e Información (“EOC/ DF”)**

## **Plan Covered California Platinum 90 AI-AN HMO Plan**

### **Emitido por Inland Empire Health Plan**

En la medida en que se limita y define en el presente documento, esta Evidencia de Cobertura (*Evidence of Coverage, "EOC"*) proporciona servicios de salud integrales proporcionados a través de Inland Empire Health Plan ("*IEHP*"). Este plan ha sido certificado como un plan de salud calificado por Covered California, el mercado de seguros médicos del estado. Tras el pago oportuno de las primas del plan en la forma estipulada en esta EOC, IEHP acuerda por este medio proporcionar los servicios y beneficios definidos en esta EOC a los suscriptores elegibles y a los miembros de su familia elegibles de acuerdo con los términos y condiciones de esta EOC.

Jarrod McNaughton  
Director Ejecutivo

IEHP  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  
1-855-433-IEHP (4347) o TTY 711

## Índice

Uso de palabras especiales.....	6
Duración de Su cobertura.....	6
Primas del Plan (Cuotas de pago anticipado).....	7
Pago de las primas del Plan .....	7
Periodo de gracia de 30 días .....	8
Periodo de gracia de tres meses .....	9
Introducción a IEHP .....	10
Cómo obtener atención médica: elección de médicos y proveedores.....	10
Cómo seleccionar un Doctor de Cuidado Primario.....	10
Cómo cambiar su PCP .....	11
Red de servicios Covered California de IEHP .....	11
Servicios de proveedores no contratados obtenidos en un centro de la red .....	12
Red de farmacias de IEHP .....	12
Transición de los cuidados para nuevos Afiliados .....	12
Continuidad de la atención médica: para el miembro existente de un proveedor dado de baja.....	12
Cómo seleccionar a un Profesional de la Salud Mental de la Red.....	13
Autorizaciones previas.....	15
Servicios médicos de obstetricia y ginecología ( <i>OB/GYN</i> ).....	16
Autorreferencia para servicios de atención médica para la salud reproductiva y sexual .....	17
Referencia activa para atención especializada para servicios médicos y quirúrgicos.....	17
Proceso de gestión de la utilización .....	17
Deducibles.....	18
Máximo de Gastos del Bolsillo por Año Civil (" <i>OOPM</i> ") .....	18
Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica .....	19
Definiciones relacionadas con el Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica .....	20
Programación de las citas.....	21
Su Doctor de Cuidado Primario o Profesional de la Salud Mental de la Red.....	21
Especialista en servicios médicos y quirúrgicos .....	21
Telesalud o Servicios de atención virtual.....	21
Cancelar o faltar a Su cita .....	22

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas .....	22
Cuidado de Urgencia y de Emergencia.....	22
Cuidado de urgencia.....	23
Medicamentos Recetados.....	25
Servicios de la vista pediátricos .....	25
Servicios dentales pediátricos .....	25
Administración de Atención Médica Compleja .....	26
Elegibilidad, inscripción y terminación .....	26
¿Quién es elegible y cómo inscribirse para la cobertura? .....	26
Hijos Dependientes .....	27
Periodo de inscripción abierta.....	28
Fecha de inicio de la cobertura .....	28
Cambio en la elegibilidad .....	28
Elegibilidad para los créditos fiscales y las reducciones de costos compartidos .....	29
Elegibilidad para un Plan para Catástrofes .....	29
Periodos de inscripción especiales para Dependientes recién llegados .....	29
Periodos de inscripción especiales .....	30
Separación legal o decreto final de disolución del matrimonio o de la pareja de hecho o anulación .....	32
Disposiciones de renovación.....	33
Reinscripción .....	33
Terminación de Beneficios.....	33
Cancelación de beneficios voluntaria .....	33
Terminación por causa justificada.....	33
Rescisión o cancelación de la cobertura por fraude o tergiversación intencional de hechos sustanciales .....	35
Beneficios del plan.....	37
Acupuntura.....	38
Ambulancia.....	38
Sangre .....	39
Ensayos clínicos.....	39
COVID-19.....	40

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Servicios dentales.....	40
Cuidado de la diabetes .....	41
Diálisis .....	42
Equipo Médico Duradero.....	43
Planificación familiar.....	45
Preservación de la fertilidad.....	45
Cuidado de los pies .....	46
Servicios para afirmación de género.....	46
Servicios de habilitación.....	46
Servicios de asistencia médica a domicilio.....	47
Consultas médicas a domicilio.....	48
Hospicio .....	49
Vacunas e inyecciones.....	50
Terapia de infusión.....	51
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	52
Servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen.....	54
Terapia médica nutricional.....	55
Servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias.....	55
Segunda opinión de un Profesional de la Salud Mental.....	58
Suministros para ostomía y urología.....	59
Centro para pacientes ambulatorios y servicios quirúrgicos .....	59
Asma infantil.....	60
Servicios dentales pediátricos .....	60
Servicios de la vista pediátricos .....	61
Fenilcetonuria ( <i>PKU</i> ).....	63
Servicios de embarazo y maternidad .....	63
Servicios de Atención Preventiva .....	65
Servicios profesionales y visitas al consultorio .....	66
Prótesis y aparatos de ortopedia.....	67
Terapia de rehabilitación.....	68
Segunda opinión de un Médico.....	69

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Atención de enfermería especializada.....	69
Medicamentos implantados quirúrgicamente .....	70
Telesalud o Servicios virtuales.....	70
Vista y audición.....	70
Trasplantes .....	70
Beneficios para medicamentos recetados .....	72
Lista de Medicamentos Cubiertos y niveles.....	72
¿Qué medicamentos están cubiertos? .....	72
Medicamentos anticonceptivos de emergencia.....	73
Cómo conseguir artículos cubiertos .....	74
Lista de Medicamentos Cubiertos para pacientes ambulatorios .....	76
Autorización Previa .....	76
Fármacos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Cubiertos .....	77
Límites de cantidad .....	77
Terapia escalonada.....	77
Medicamentos preventivos y anticonceptivos .....	78
Otros medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.....	79
Medicamentos para su uso fuera de lo indicado .....	79
Medicamentos compuestos .....	80
Red de farmacias.....	80
Obtención de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia participante .....	80
Obtención de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia no participante en caso de emergencia. Cuando reciba medicamentos de una farmacia no participante por una emergencia cubierta, Usted deberá pagar la totalidad de la receta y después, presentar un formulario para presentar una queja de solicitud de reembolso. Consulte la sección "Reclamaciones" en Sus datos de pago para obtener más información.....	81
Pedidos por correo .....	81
Farmacia especializada .....	82
Límites de cantidad y surtidos parciales .....	82
Exclusiones de Medicamentos Recetados.....	82
Exclusiones y Limitaciones generales .....	86
Disposiciones generales .....	100

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Quejas formales, apelaciones, revisión médica independiente y arbitraje.....	103
¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con el servicio que me ha prestado un proveedor médico, IEHP, o si no estoy satisfecho con mi cobertura, incluida una determinación adversa de beneficios?.	103
¿Qué es una queja formal?.....	103
¿Cómo presentar una queja formal?.....	104
Disposiciones varias.....	118
Definiciones.....	128
Servicios de asistencia lingüística.....	146
Aviso de no discriminación.....	147

## Uso de palabras especiales

Las palabras especiales utilizadas en esta EOC para explicar su plan tienen su primera letra en mayúscula y aparecen en la sección "Definiciones".

Las siguientes palabras se utilizan frecuentemente.

- **"Usted"** o **"Su"** se refiere a cualquier miembro de Su Familia que esté cubierto; es decir, cualquier persona que reúna los requisitos para la cobertura de este Plan y cuya inscripción haya sido aceptada.
- **"Nosotros"** o **"Nuestro"** se refiere a IEHP.
- **"Suscriptor"** se refiere al miembro principal.
- **"Miembro"** o **"Afiliado"** es el Suscriptor o un Familiar inscrito que recibe servicios del plan.
- **"Proveedor de Cuidado Primario"** o **"PCP"** es el médico individual que cada miembro seleccionó y que proporcionará y obtendrá la autorización de IEHP para toda la atención médica cubierta.
- **"Plan"** o **"Evidencia de Cobertura (EOC)"** tienen significados similares. Estos se refieren a sus beneficios de IEHP.

Lea el siguiente contenido para saber de quién o de qué grupo de proveedores puede obtener atención médica.

## Duración de Su cobertura

Para los Suscriptores y cualquier Familiar cuya solicitud de inscripción sea aceptada por IEHP, esta EOC entra en vigencia en la fecha indicada en Su confirmación de inscripción, a las 12:00 de la medianoche. La EOC permanecerá vigente dependiendo del pago de las primas del plan.

Usted puede terminar esta EOC notificando a Covered California o a IEHP al menos 14 días del calendario antes de la fecha de terminación solicitada por Usted. Por ejemplo, si la notificación llega el 14 de junio, la cancelación de inscripción será efectiva el 1 de julio. Su cobertura terminará

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

a las 12:01am., 14 días después de que notifique a Covered California o a IEHP. O en una fecha anterior que Usted solicite si Covered California o IEHP están de acuerdo con esta fecha.

IEHP puede no renovar esta EOC por las causas establecidas en la sección "Terminación por causa justificada" más adelante. Si los términos de esta EOC son alterados por IEHP por causa de la ley estatal o federal, ninguna reducción resultante en la cobertura afectará negativamente a ningún miembro en el momento de dicho cambio. El cambio de cobertura no entrará en vigencia sino hasta el siguiente año del plan, a menos que lo exijan las leyes estatales o federales.

## **Primas del Plan (Cuotas de pago anticipado)**

### **Pago de las primas del Plan**

El Suscriptor es responsable del pago de las primas del Plan a IEHP.

La primera prima del Plan se debe pagar a IEHP en o antes de la Fecha de Vigencia de esta EOC. A partir de entonces, el pago completo deberá efectuarse el primer día o antes de cada mes de cobertura mientras la EOC esté vigente.

Las primas del Plan las paga el Suscriptor y se basan en el número de personas cubiertas. Las primas del Plan deben incluir a los miembros cuya cobertura comience durante el mes y a los miembros cuya cobertura finalice durante el mes. En lo que respecta a la cobertura de los hijos recién nacidos o recién adoptados, consulte la sección "Dependientes recién llegados" más adelante.

Los pagos de las primas pueden realizarse mediante cualquiera de estas opciones: deducción automática mensual de una cuenta corriente personal, cheque, cheque de caja, giro postal, tarjeta de débito o crédito, o tarjeta de débito prepagada de uso general.

Los pagos de primas en papel (cheque, cheque de caja o giro postal) deben enviarse por correo a:  
IEHP  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Para hacer un pago por teléfono, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) y marque 1.

Las Primas del Plan pueden ser cambiadas por IEHP a partir del 1 de enero de cada año con un aviso por escrito al Suscriptor de por lo menos 60 días del calendario antes de la fecha de dicho cambio.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Si esta EOC se termina por cualquier motivo, el Suscriptor será responsable de los pagos de todas las Primas del Plan por el tiempo en que esta EOC esté vigente durante cualquier periodo de aviso.

### **Periodo de gracia de 30 días**

Si Usted no paga las primas de Su plan antes del primer día del mes en que vencen las primas del plan, IEHP le enviará un Aviso de inicio del periodo de gracia en el que se indicará:

- (a) la cantidad que se debe en dólares adeudado que tiene que abonarse en su totalidad para evitar la terminación de la cobertura.
- (b) la fecha del último día de cobertura pagada.
- (c) los nombres de todos los afiliados afectados por el aviso.
- (d) los detalles adicionales sobre el periodo de gracia.
- (e) las consecuencias de perder la cobertura por falta de pago de las primas del Plan.
- (f) la fecha de inicio y término del periodo de gracia

El periodo de gracia comienza el primer día después del último día de cobertura pagada. La cobertura continuará durante el periodo de gracia de 30 días. Sin embargo, Usted seguirá siendo responsable del pago de las primas no pagadas y de cualquier costo compartido o de deducibles requeridos según lo previsto en la EOC.

Si no se recibe el pago completo al final del periodo de gracia de 30 días, se cancelará la EOC. IEHP enviará por correo un aviso de terminación que proporcionará la siguiente información:

- (a) que la EOC ha sido cancelada por falta de pago de las Primas del Plan.
- (b) la fecha y hora específicas en que finaliza la cobertura para el Suscriptor y todos los Dependientes.
- (c) Su derecho a presentar una queja formal.

IEHP permitirá una reactivación durante cualquier periodo de doce meses, si los montos adeudados se pagan dentro de los 15 días del calendario a partir de la fecha en que se envía por correo el aviso que confirma Su terminación. Si Usted no obtiene la reactivación de la EOC cancelada dentro de los 15 días requeridos o si la EOC ha sido cancelada previamente por falta de pago de las Primas del Plan durante el año de contrato anterior, entonces IEHP no está obligado a reactivarlo y Usted deberá volver a solicitar la cobertura. IEHP le reembolsará las cantidades recibidas después de la fecha de terminación en un plazo de 20 días hábiles.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Periodo de gracia de tres meses**

Los Suscriptores y Dependientes inscritos que reciban Créditos Fiscales Federales Anticipados para la Prima (*Federal Advance Premium Tax Credits, "APTC"*) o el subsidio para la prima de California tienen un periodo de gracia de tres meses en lugar de un periodo de gracia de 30 días por falta de pago de los cargos de las Primas del Plan. Si Usted no paga la Prima del Plan pendiente por cada Familiar que recibe cobertura durante el mes antes del primer día del mes en que se vencen las Primas del Plan, IEHP le enviará un Aviso de inicio del periodo de gracia federal.

IEHP pagará las reclamaciones por los servicios cubiertos durante el primer mes del periodo de gracia de tres meses. Sin embargo, IEHP suspenderá Su cobertura y dejará pendiente las reclamaciones por los servicios en el segundo y tercer mes del periodo de gracia de tres meses. Si Usted paga el monto total de las Primas del Plan que se deben antes de que finalice el periodo de gracia de tres meses, se reactivará la cobertura que fue suspendida e IEHP procederá a procesar las reclamaciones pendientes por los servicios prestados por proveedores de atención médica en el segundo y tercer mes del periodo de gracia de tres meses.

Si NO paga el monto total de las primas pendientes del plan antes de que finalice el periodo de gracia de tres meses, IEHP finalizará Su cobertura e indicará que Su cobertura finalizó a partir del primer día del segundo mes de Su periodo de gracia de tres meses. IEHP le enviará por correo un aviso de terminación. Si IEHP termina Su cobertura porque Usted no ha pagado las primas del plan en su totalidad antes del término del periodo de gracia de tres meses, se denegará cualquier reclamación pendiente. Los proveedores cuyas reclamaciones sean denegadas por IEHP pueden cobrarle a Usted y Usted puede ser responsable del pago. Si su cobertura finaliza por este motivo, no se le permitirá reactivarla una vez finalizado el periodo de gracia de tres meses

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Introducción a IEHP**

La cobertura descrita en esta EOC incluye los Beneficios de salud esenciales requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*, “ACA”). No están sujetos a ningún límite anual en dólares.

La elegibilidad de los Indígenas Estadounidenses y Nativos de Alaska (*American Indians and Alaskan Natives*, “AIAN”) será confirmada por Covered California. Los miembros AIAN no tienen costos compartidos por los Beneficios de salud esenciales que sean proporcionados por un proveedor de la red que también sea proveedor del Servicio Médico para la comunidad nativo americana (*Indian Health Service, IHS*), de una tribu indígena, una organización tribal u organización indígena urbana. Además, un indígena estadounidense o nativo de Alaska que esté inscrito en un plan de cero costos compartidos no tiene que pagar costos compartidos por los Beneficios de salud esenciales que le proporcione cualquier proveedor de la red.

Los beneficios descritos en esta EOC no discriminan por motivos de raza, etnia, color, nacionalidad, ascendencia, género, identidad de género, expresión de género, edad, discapacidad, orientación sexual, información genética, estado de salud, necesidad de servicios médicos, estado civil, estado de pareja de hecho o religión. Y estos beneficios no están sujetos a ninguna enfermedad preexistente ni a ningún periodo de exclusión.

### **Cómo obtener atención médica: elección de médicos y proveedores**

Cuando se inscriba en este Plan, Usted deberá seleccionar un Doctor de Cuidado Primario (*Primary Care Physician*, “PCP”) de la Red. Su PCP administrará Su atención médica. El PCP proporcionará u obtendrá autorización para el servicio médico cubierto excepto para:

- Servicios de emergencia
- Cuidado de urgencia fuera de la red mientras se encuentre fuera del área de servicio
- Servicios de atención médica preventiva (incluidas las vacunas) dentro de la red
- Servicios de obstetricia y ginecología dentro de la red
- Servicios de atención médica sexual y reproductiva dentro de la red
- Algunos servicios de salud del comportamiento y trastornos por consumo de sustancias dentro de la red

Llame a Su PCP directamente para programar una cita. Para obtener más información sobre cómo seleccionar un PCP y un listado de los Doctores de Cuidado Primario de la Red de Servicios en el área de servicio de IEHP, visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

### **Cómo seleccionar un Doctor de Cuidado Primario**

Cada miembro de Su hogar que esté inscrito en IEHP puede seleccionar un PCP diferente. Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP para seleccionar un PCP. Si Usted y Su(s)

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



Dependiente(s) inscrito(s) no seleccionaron un PCP después de inscribirse, IEHP asignará un PCP con base en:

- El idioma que Usted habla.
- La distancia al consultorio de un PCP desde Su casa. Intentamos asignarle un PCP en un radio de 10 millas.
- La especialidad del PCP más adecuada para la edad del miembro.

En el caso de los niños, se puede asignar un pediatra como PCP. Hasta que Usted elija un PCP, IEHP le asignará uno.

### **Cómo cambiar su PCP**

Si desea cambiar Su PCP o el de Su Dependiente, llame a Servicios para miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). También puede realizar este cambio visitando el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

La solicitud debe recibirse antes del día 20 del mes para que entre en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 20 del mes, el cambio no podrá entrar en vigencia hasta el primer día del mes siguiente.

### **Red de servicios Covered California de IEHP**

Los beneficios de servicios de médicos y hospitales solo están disponibles cuando Usted vive o trabaja en el área de servicio de IEHP y utiliza un proveedor de la red. También debe obtener los servicios y suministros cubiertos de los proveedores auxiliares, de farmacia y de salud del comportamiento de la red.

Los beneficios de este plan solo están disponibles para los servicios cubiertos recibidos de un proveedor de la red, excepto para:

- (a) cuidado de urgencia mientras se encuentre fuera del área de servicio de IEHP.
- (b) toda la atención médica de emergencia
- (c) los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado cuando IEHP lo autorice.

Nota: No todos los médicos y hospitales que tienen contrato con IEHP son proveedores de la red para este plan. Solo los doctores y hospitales identificados como participantes en la red de servicios de Covered California pueden prestar servicios según este plan. No se puede garantizar la participación continua de ningún doctor, hospital ni otro proveedor. Llame a Servicios para Miembros de IEHP si necesita ayuda para identificar a los proveedores de la red en la red de servicios de Covered California.

Si tiene un doctor que desee conservar, o si desea encontrar un nuevo PCP, Usted puede buscar en el Directorio de proveedores de IEHP. Este incluye una lista de todos los PCP dentro de la red

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

de servicios de IEHP. El Directorio de proveedores tiene otra información para ayudarle a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de proveedores, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). También puede encontrar el Directorio de proveedores de IEHP en el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Servicios de proveedores no contratados obtenidos en un centro de la red**

Si al recibir los servicios cubiertos en un centro médico de la red, recibe los servicios cubiertos de un proveedor no contratado, Usted pagará la cantidad de costos compartidos de la red por estos servicios. Los Proveedores no contratados en los centros de la red no pueden cobrarle a Usted por sus servicios cuando estos hayan sido aprobados por IEHP.

### **Red de farmacias de IEHP**

Excepto en caso de emergencia, solo las farmacias identificadas como Farmacias de la Red pueden proporcionar el beneficio de los Medicamentos Recetados de este plan. Para obtener una lista de las farmacias en la red de farmacias de IEHP Covered California, llame a Servicios para Miembros de IEHP o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). Las farmacias que no pertenecen a la red de farmacias de Covered California de IEHP se consideran farmacias no contratadas por este Plan.

### **Transición de los cuidados para nuevos Afiliados**

Si Su cobertura previa fue con un plan de Covered California antes de inscribirse con IEHP, puede solicitar atención continua de un proveedor, incluido un hospital, que no tenga contrato con IEHP. Un plan de salud anterior puede ser responsable de la cobertura hasta que Su cobertura comience con IEHP. IEHP asumiría la responsabilidad de los servicios cubiertos a partir de la fecha de vigencia de Su cobertura con IEHP, no antes.

### **Continuidad de la atención médica: para el miembro existente de un proveedor dado de baja**

Si se termina el contrato de IEHP con un doctor u otro proveedor, IEHP transferirá a los miembros afectados a otro doctor o proveedor de la red y hará todo lo posible por asegurar la continuidad de la atención. Por lo menos 60 días antes de la terminación de un contrato con un doctor u hospital de tratamiento de enfermedades agudas, IEHP proporcionará un aviso por escrito a los miembros afectados. Para todos los demás hospitales que terminen su contrato con IEHP, se proporcionará un aviso por escrito a los miembros afectados dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la terminación del contrato.

pm

Los miembros que estén recibiendo tratamiento de un proveedor ya dado de baja y tengan alguna de las enfermedades que se indican a continuación pueden presentar una solicitud de continuidad de la atención.

Usted estaba recibiendo atención de un proveedor por alguna de estas afecciones:

- Una condición grave

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Una condición crónica grave en los doce meses siguientes a la fecha de vigencia del Plan del miembro
- Un embarazo (incluida la duración del embarazo y la atención posparto inmediata).
- Salud mental materna, sin superar los 12 meses a partir del diagnóstico o del final del embarazo, lo que ocurra después.
- Un recién nacido de hasta 36 meses de edad, sin superar los doce meses de edad a partir de Su fecha de vigencia según este Plan.
- Una enfermedad terminal (mientras dure la enfermedad terminal).
- Una cirugía u otro procedimiento que haya sido autorizado por Su plan de salud anterior de Covered California como parte de un tratamiento documentado.

IEHP puede proporcionar cobertura para la atención continua, dependiendo de los costos compartidos y de cualquier limitación de este Plan. Debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha de vigencia, a no ser que pueda demostrar que no era razonablemente posible realizar la solicitud en ese plazo. El proveedor no contratado debe estar dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales aplicables a los proveedores contratados con IEHP y que ejercen en la misma región geográfica o en una similar. Si el proveedor no acepta dichos términos, IEHP no está obligado a proporcionar cobertura con ese proveedor.

Para solicitar la atención continua, deberá completar un formulario de solicitud de continuidad de la atención. Si desea obtener más información sobre cómo solicitar la atención continua, llame al Servicio para Miembros al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

IEHP puede proporcionar cobertura para completar los servicios de un proveedor cuyo contrato ha sido terminado, dependiendo de los costos compartidos y de cualquier otra limitación de este Plan. El proveedor debe estar dispuesto a aceptar los mismos términos contractuales aplicables al proveedor antes de la terminación del contrato. Debe solicitar la atención continua en un plazo de 30 días a partir de la fecha de baja del proveedor, a menos que pueda demostrar que no era razonablemente posible realizar la solicitud en ese plazo.

### **Cómo seleccionar a un Profesional de la Salud Mental de la Red**

Los beneficios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias están cubiertos por este Plan. Si necesita ayuda para encontrar un Profesional de la Salud Mental de la Red, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). IEHP le ayudará a identificar a un Profesional de la Salud Mental de la Red o a un médico de la Red cerca de donde Usted vive o trabaja, con quien pueda concertar una visita. IEHP cuenta con un Programa de Salud Mental Materna que incluye un tratamiento de condiciones de salud mental materna antes y después del parto. Su PCP o Usted pueden llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para programar una cita.

Ciertos servicios y suministros para los Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias pueden requerir una autorización previa de IEHP para ser cubiertos. Consulte la

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

sección de "Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias" de la sección "Beneficios del Plan" para obtener una descripción completa de los servicios y suministros para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias.

### **Especialista, atención de referencia y autorizaciones**

A veces Usted puede necesitar cuidados que el PCP no puede proporcionarle. En esos casos, Su PCP le dará una referencia para que vaya a una consulta con un Especialista u otro proveedor de atención médica para recibir esos cuidados.

Su PCP u otro Especialista le proporcionará una referencia para consultar a un Especialista dentro del plazo que se indica en la sección "Lineamientos de acceso a la atención médica" de esta EOC, si necesita una. Un Especialista es un doctor que cuenta con formación adicional en un área de la medicina. Su PCP colaborará con Usted para elegir a un Especialista de la Red de Servicios. Otros servicios que pueden necesitar una referencia son los procedimientos en el consultorio:

- Rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Terapia física
- Electrocardiogramas
- Electroencefalogramas
- Servicios sociales médicos
- Asistencia médica a domicilio

Su PCP puede darle un formulario para que lo lleve al Especialista. El Especialista responderá el formulario y se lo devolverá a Su PCP. El Especialista le proporcionará tratamiento durante el tiempo que considere que Usted lo necesita. Si tiene un problema de salud que requiera atención médica especial durante un largo tiempo, es posible que necesite una referencia activa. Consulte la sección "Referencia activa para atención especializada para servicios médicos y quirúrgicos" más adelante.

Usted es completamente responsable financieramente de la atención médica que el PCP no proporcione o que IEHP no autorice, excepto por la atención clínicamente necesaria proporcionada en una emergencia legítima.

Plazos por tipo de solicitud de referencia:

- Referencia de rutina o regular: cinco días hábiles
- Referencia urgente: de 24 a 48 horas

Llame a IEHP si no recibe una respuesta dentro de los plazos anteriormente indicados.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Autorizaciones previas**

Algunos servicios médicos se revisan, aprueban o deniegan en función de la necesidad médica. A esto se llama Autorización Previa. IEHP trabajará con Su proveedor para recibir y revisar toda la información necesaria para analizar la solicitud de autorización. Si la solicitud es denegada, se le informará y explicará cómo apelar la denegación. Llame a Servicios para Miembros de IEHP si desea una copia de las políticas y los procedimientos utilizados para decidir si un servicio es médicamente necesario. Si el servicio para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias no está disponible en la red dentro de los estándares geográficos y de acceso oportuno, IEHP hará los arreglos para los servicios fuera de la red y de seguimiento.

Los siguientes servicios no requieren autorización previa:

- Servicios de emergencia (vaya a la sección "Servicios de Atención Médica de Emergencia" para obtener más información).
- Servicios de atención médica preventiva (incluidas las vacunas) dentro de la red
- Servicios de obstetricia y ginecología dentro de la red
- Servicios de atención médica sexual y reproductiva dentro de la red

Algunos servicios de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias requieren autorización previa, incluidos los beneficios que se indican a continuación:

- Procedimientos ambulatorios que no forman parte de una visita al consultorio
- Programa residencial en caso de crisis
- Servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias para pacientes hospitalizados
- Servicios residenciales transitorios no médicos de recuperación por Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias para pacientes hospitalizados
- Servicios de hospitalización para tratar las complicaciones médicas agudas de la desintoxicación
- Hospitalización parcial ambulatoria
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas
- Observación psiquiátrica
- Tratamiento de día para Trastornos por Consumo de Sustancias y hospitalización parcial de medio día.
- Desintoxicación ambulatoria
- Programas de tratamiento intensivo ambulatorio para Trastornos por Consumo de Sustancias
- Programas de tratamiento intensivo ambulatorio para Trastornos de Salud Mental
- Tratamiento médico para la abstinencia para Trastornos por Consumo de Sustancias
- Tratamiento de la Salud del Comportamiento para el Trastorno del Espectro Autista
- Estimulación magnética transcraneal ambulatoria.
- Terapia electroconvulsiva (*Electroconvulsive Therapy, ECT*)

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los siguientes servicios de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias no requieren autorización previa:

- Servicios en la sala de emergencias
- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Evaluación diagnóstica
- Gestión de medicamentos para pacientes ambulatorios
- Terapia de reemplazo de opioides
- Atención para pacientes ambulatorios con Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias
- Intervención en crisis

Para obtener más información sobre los servicios accesibles sin autorización previa y el proceso general para obtener una autorización previa para todos los demás servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

Nota: El solo hecho de que un doctor u otro proveedor realice, recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio, suministro u hospitalización, no lo vuelve Medicamento Necesario ni un Servicio Cubierto. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) para obtener más detalles sobre los Servicios Cubiertos.

### **Servicios médicos de obstetricia y ginecología (OB/GYN)**

Usted no necesita una referencia de su PCP ni una autorización previa de IEHP para tener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un proveedor de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. Es posible que el proveedor de la red tenga que cumplir con la obtención de una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procesos para realizar referencias. Para obtener una lista de los proveedores de la red que se especializan en obstetricia o ginecología, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

Los servicios obstétricos y ginecológicos se definen de la siguiente manera:

- Servicios médicos relacionados con la atención prenatal, perinatal y posnatal (embarazo).
- Servicios médicos prestados para diagnosticar y tratar trastornos del aparato reproductor y los genitales femeninos.
- Servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de los senos y otras enfermedades del seno. Los servicios Medicamento Necesarios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de los senos incluyen, entre otros, pruebas de laboratorio, servicios ambulatorios, servicios de hospitalización (como la mastectomía y la disección de ganglios linfáticos) y medicamentos recetados.
- Exámenes ginecológicos anuales de rutina.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Autorreferencia para servicios de atención médica para la salud reproductiva y sexual**

Puede obtener servicios médicos de atención para la salud reproductiva y sexual de un proveedor de la red sin necesidad de ponerse en contacto primero con su PCP u obtener una referencia de él. Los servicios médicos de atención para la salud reproductiva y sexual incluyen, entre otros:

- Servicios para mujeres embarazadas
- Anticonceptivos y tratamiento
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (“ETS”)
- Atención médica por violación o agresión sexual, incluida la recolección de evidencia médica
- Pruebas de VIH

El médico especialista en salud reproductiva y sexual consultará con Su PCP sobre Su enfermedad, tratamiento y cualquier necesidad de tratamiento continuo. Los costos compartidos pueden variar en función del servicio prestado. Consulte la sección "Programa de Beneficios".

### **Referencia activa para atención especializada para servicios médicos y quirúrgicos**

Una referencia activa es una referencia para ver un especialista de la red para más de una consulta sin que Su PCP tenga que proporcionar una referencia para cada consulta. Usted puede recibir una referencia activa para ver a un Especialista si IEHP, en consulta con el Especialista y con Usted, determina que Su atención continua y el plan de tratamiento recomendado son Médicamente Necesarios. El plan de tratamiento puede limitar el número de consultas con el Especialista, el periodo en el que las consultas están autorizadas, o requerir que el Especialista proporcione a su PCP o a IEHP informes periódicos sobre la atención médica proporcionada. El acceso ampliado a un Especialista de la red está disponible para los miembros que padezcan una enfermedad potencialmente mortal, degenerativa o discapacitante. Para solicitar una referencia activa, pregunte a Su PCP, Especialista o llame a Servicios para miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

Si consulta a un Especialista antes de obtener una referencia y una autorización previa de IEHP, es posible que Usted tenga que pagar el costo del tratamiento. Si IEHP rechaza la solicitud de una referencia, IEHP le enviará una carta para explicarle la razón. La carta también le indicará qué hacer si no está de acuerdo con esta decisión.

### **Proceso de gestión de la utilización**

IEHP cuenta con procesos específicos para la gestión de la utilización (*Utilization Management, UM*). Estos procesos se usan cuando el Comité de Gestión de la Utilización o el director médico de su doctor aprueban o deniegan las solicitudes de referencia.

IEHP también cuenta con directrices o criterios que se usan en situaciones específicas para aprobar o denegar los servicios médicos solicitados. En todos los casos, el Comité de Gestión de

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

la Utilización o el director médico de Su doctor están obligados a tomar en cuenta las necesidades de un miembro al tomar decisiones para aprobar o denegar los servicios médicos solicitados.

Si desea obtener una copia de los procesos de gestión de la utilización de IEHP o si desea las directrices o los criterios específicos de un tratamiento, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

El personal de Gestión de la Utilización (*UM*) está a su disposición los días hábiles entre las 8am y 5pm para hablar de cualquier asunto relacionado con la UM. Es posible que el personal envíe mensajes de salida con respecto a las preguntas sobre la UM durante las horas normales de trabajo y siempre se identificarán con su nombre, su puesto y el nombre de la organización al hacer o devolver Sus llamadas.

### **Su responsabilidad financiera**

Su PCP coordinará y obtendrá la autorización para todos Sus cuidados. Usted es responsable de cualquier cantidad requerida por Deducible, Copago o Coseguro para determinados servicios, tal y como se describe en el "Programa de Beneficios".

Sin embargo, Usted es completamente responsable financieramente de la atención médica que el PCP no proporcione o que IEHP no autorice, excepto por la atención clínicamente necesaria proporcionada en una emergencia legítima. Usted también es responsable económicamente de la atención y de todos los servicios que este Plan no cubra.

### **Deducibles**

Para determinados servicios y suministros de este Plan, se aplica un Deducible por año civil. Deberá pagar una cantidad de gastos cubiertos por estos servicios igual al Deducible por Año Civil antes de que los beneficios sean pagados por Su Plan. Consulte la sección "Programa de Beneficios" para obtener más detalles sobre los deducibles.

El Deducible por Año Civil es obligatorio para determinados servicios médicos y se aplica al Máximo de Gastos del Bolsillo (*Out-of-Pocket Maximum*, "*OOPM*"). Una vez cubierto el Deducible, Usted seguirá siendo responsable del pago de cualquier otro costo compartido aplicable hasta que cubra el OOPM individual o familiar. Si Usted es miembro de un plan familiar (con dos o más miembros), alcanzará el Deducible cuando cubra la cantidad de un miembro o cuando toda Su familia alcance el monto familiar.

### **Máximo de Gastos del Bolsillo por Año Civil ("*OOPM*")**

El OOPM es la cantidad máxima que debe pagar por los Servicios Cubiertos durante un Año Civil.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



Una vez que el monto total de todos los Deducibles y los costos compartidos que Usted paga por los Servicios y suministros cubiertos en un Año Civil sea igual al monto del OOPM, no se le pedirá ningún pago por los Servicios y suministros cubiertos. Si los montos de los Servicios y suministros Cubiertos pagados por todos los miembros inscritos en un Plan Familiar igualan el monto del OOPM Familiar, no se requerirá ningún pago adicional de ningún miembro inscrito de esa familia durante el resto del Año Civil. Sus pagos por Servicios o suministros no Cubiertos no se aplicarán al monto del OOPM.

Una vez que un miembro individual de una familia alcanza el OOPM individual, el resto de los Familiares inscritos deben continuar pagando los costos compartidos y los Deducibles por Año Civil hasta que (a) la suma de dichos costos compartidos y Deducibles alcance el OOPM Familiar o (b) cada Familiar inscrito alcance individualmente el OOPM individual. Solo los montos que se aplican al monto del OOPM del miembro individual podrán aplicarse al monto del OOPM familiar. Cualquier cantidad que Usted pague por los Servicios Cubiertos que supere el monto del OOPM individual para un miembro le será reembolsada por IEHP y no se aplicará al OOPM de Su familia. Los miembros individuales no pueden pagar más del monto de su OOPM individual al OOPM familiar.

IEHP le proporcionará los saldos acumulados actualizados para Su deducible anual y OOPM. Puede obtener estos saldos acumulados llamando a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) e ingrese a su perfil. Por cada mes en el que se utilicen los beneficios hasta alcanzar el deducible y el OOPM del año civil, IEHP le enviará por correo una explicación de beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*) que proporcionará un saldo acumulado actualizado de Su deducible y OOPM. Usted puede optar por no recibir avisos por correo y solicitar un aviso electrónico llamando a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) e ingrese a su perfil para cambiar sus preferencias de notificación.

## **Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica**

El Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California, (*California Department of Managed Health Care, DMHC*) ha emitido regulaciones (Código de Regulaciones de California, Título 28, Sección 1300.67.2.2) con requisitos para el acceso oportuno a los servicios de atención médica que no sean de emergencia. IEHP proporciona acceso a los servicios de atención médica cubiertos de manera oportuna.

Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para acceder a los servicios de triaje o evaluación. Si se comunica con Servicios para Miembros de IEHP fuera del horario de atención, podrá dejar un mensaje de voz. Tiempos de espera telefónica de Servicios para Miembros de IEHP en las horas laborales normales:

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Las llamadas recibidas fuera de las horas laborales normales (de lunes a viernes, de 8am a 6pm) se devolverán en el plazo de un (1) día hábil.
- Las llamadas recibidas después de medianoche se responden el mismo día hábil.

Consulte la sección "Servicios de asistencia lingüística" y la sección "Aviso de servicios lingüísticos" para obtener más información sobre los servicios de intérprete gratuitos.

**Definiciones relacionadas con el Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica**

El triaje o la evaluación es la revisión de los problemas de salud y los síntomas de un miembro mediante una conversación con un doctor, una enfermera u otro profesional calificado en atención médica para determinar la urgencia de atención del miembro.

El tiempo de espera del triaje o de la evaluación no será de más de 30 minutos. Es el tiempo que se tarda en hablar por teléfono con un doctor, una enfermera u otro profesional calificado en atención médica para evaluar o hacer el triaje de un miembro que pueda necesitar cuidados.

Día hábil se refiere a todos los días laborables oficiales de la semana. Normalmente, un día hábil es de lunes a viernes, y no incluye fines de semana ni días festivos.

<b>Servicios</b>	<b>Directrices de acceso a los cuidados</b>
Consulta con el PCP	en un plazo de 10 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Consulta urgente con el PCP	en un plazo de 48 horas a partir de la solicitud de una cita
Examen médico o físico de rutina	en un plazo de 30 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Consulta con un psiquiatra (doctor de salud del comportamiento)	en un plazo de 10 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Un terapeuta o trabajador social, consulta no médica	en un plazo de 10 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Consulta urgente de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias	en un plazo de 48 horas a partir de la solicitud de una cita
Emergencia de salud del comportamiento sin peligro de muerte	en un plazo de 6 horas a partir de la solicitud de una cita
Consulta con un Especialista	en un plazo de 15 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Consulta urgente con un Especialista	en un plazo de 96 horas a partir de la solicitud de una cita

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Servicios auxiliares	en un plazo de 15 días hábiles a partir de la solicitud de una cita
Servicios auxiliares urgentes	en un plazo de 96 horas a partir de la solicitud de una cita

## **Programación de las citas**

### **Su Doctor de Cuidado Primario o Profesional de la Salud Mental de la Red**

Cuando necesite ver a Su PCP o a un Profesional de la Salud Mental de la Red, llame a su consultorio para programar una cita. Cuando programe una consulta, identifíquese como miembro de IEHP Covered California y comunique al recepcionista cuándo le gustaría ver a Su doctor. El recepcionista hará todo lo posible para programar una cita a la hora que más le convenga a Usted. Si Usted necesita cancelar Su visita, notifíquese a su doctor tan pronto como le sea posible.

Como se ha definido anteriormente, es posible que Usted tenga que esperar a que le den una consulta. Los tiempos de espera dependen de Su enfermedad y del tipo de atención que Usted necesite. Su PCP o Profesional de la Salud Mental de la Red pueden decidir que está bien esperar más tiempo para una consulta si eso no perjudica su salud.

### **Especialista en servicios médicos y quirúrgicos**

Su PCP es Su doctor principal que se asegura de que Usted reciba la atención que necesita en el momento en que la necesita. A veces su PCP le remitirá con un especialista. Una vez que obtenga la aprobación para recibir los servicios del Especialista, llame al consultorio del Especialista para programar una cita.

### **Telesalud o Servicios de atención virtual**

La telesalud o atención virtual es una forma de obtener servicios sin estar en la misma ubicación física que su proveedor. La telesalud o atención virtual puede implicar hablar en tiempo real con Su proveedor o compartir información con Su proveedor de la red a través del teléfono u otras opciones virtuales. Sin embargo, es posible que la telesalud o atención virtual no esté disponible para todos los Servicios Cubiertos. Puede ponerse en contacto con su PCP o con IEHP para saber qué tipos de servicios pueden estar disponibles a través de la telesalud o atención virtual. Es importante que tanto Usted como su PCP estén de acuerdo en que el uso de la telesalud o atención virtual para un servicio es apropiado para Usted. Usted tiene derecho a los servicios en persona y no está obligado a utilizar la telesalud o atención virtual aunque Su proveedor esté de acuerdo en que es apropiado para Usted.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Cancelar o faltar a Su cita**

Si no puede acudir a Su cita, es importante que llame inmediatamente al consultorio del doctor. Al cancelar o reprogramar Su cita, le permite al doctor atender a otra persona.

**Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas**

Cuando esté enfermo y no pueda comunicarse con Su doctor, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al 1-888-244-IEHP (4347) (TTY 711). Este servicio está a Su disposición las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, para ayudarle a responder a Sus preguntas sobre atención médica y para que una enfermera titulada revise Sus problemas de salud y síntomas. Este servicio es gratuito y está a Su disposición en Su idioma. El PCP o la enfermera de IEHP responderán a Sus preguntas y le ayudarán a decidir si necesita acudir a la clínica o al consultorio médico.

**Si tiene una emergencia potencialmente mortal, llame al "911" o acuda inmediatamente a la sala de emergencias más cercana. Utilice el "911" solo para verdaderas emergencias como se explica a continuación.**

**Si sufre una crisis de salud mental o por consumo de sustancias, o tiene pensamientos suicidas, llame o envíe un mensaje de texto al "988" o chatee en [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org)**

**Cuidado de Urgencia y de Emergencia**

Esta sección proporciona detalles sobre lo que debe hacer cuando Usted necesite atención médica inmediata.

En caso de emergencia llame al "911" o acuda al Hospital más cercano.

IEHP cubre los servicios de atención médica de emergencia recibidos en la sala de emergencias de un Hospital las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si Usted es ingresado en el hospital, se exime el Copago del miembro de la sala de emergencias. Los servicios de atención médica de emergencia son Servicios Cubiertos Medicamente Necesarios, incluidos los servicios de ambulancia y de salud mental, que un miembro considere que es razonablemente necesario detener o aliviar:

- Una enfermedad o un síntoma grave
- Una lesión, dolor severo o activa labor de parto
- Una afección que necesita diagnóstico y tratamiento inmediatos

Los servicios de emergencia incluyen una evaluación médica, un examen y una evaluación por parte de un doctor u otro proveedor apropiado. Los servicios de emergencia también incluyen las condiciones de emergencia tanto físicas como mentales. Ejemplos de algunas emergencias incluyen, entre otros:

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](https://www.iehp.org).

- Problemas respiratorios
- Ataques (convulsiones)
- Hemorragia profusa
- Pérdida del conocimiento o desmayos (incapacidad para despertarse)
- Dolor severo (incluido dolor de pecho)
- Ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- Huesos rotos

### **Cuidado de urgencia**

Existe una diferencia entre necesitar cuidados urgentemente y una emergencia. Se habla de cuidados de urgencia cuando una afección, enfermedad o lesión no pone en peligro la vida, pero necesita atención médica de inmediato. Para cuidados de urgencia, llame a su PCP. Muchos de los doctores de IEHP tienen horarios para brindar atención de urgencia por la noche y los fines de semana. Si no puede comunicarse con Su PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). O puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día, los 7 días a la semana, al 1-888-244-IEHP (4347) (TTY 711), para saber cuál es el nivel de atención que más le conviene.

Las afecciones más comunes que pueden incluirse en el cuidado de urgencia son:

- Refriado o gripe
- Vómito o diarrea
- Sarpullidos
- Infecciones en las vías urinarias
- Dolor de oído o de cabeza
- Dolor de espalda
- Esguinces o distensiones musculares
- Infecciones de la piel o de los ojos
- Sibilancia o tos
- Dolor abdominal

Como miembro de IEHP, Usted tiene acceso a los servicios de triaje o evaluación las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Excepto en caso de emergencia, los Servicios Cubiertos de este plan deben ser prestados por Su PCP o Su Profesional de Salud Mental de la Red o autorizados por IEHP para ser cubiertos por otros profesionales.

**Cuidado de Urgencia dentro del área de Servicio y toda la atención médica que no es de emergencia:** para que estén cubiertos, los servicios deben ser prestados por Su PCP, proveedor de cuidado de urgencia de la red, Profesional de Salud Mental de la Red o profesionales autorizados por IEHP. Estos servicios prestados por proveedores no contratados, no serán cubiertos a menos que sean autorizados por IEHP.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Llame a Su PCP o Profesional de Salud Mental de la Red en relación con la atención médica que Usted considere necesaria de inmediato. Evaluarán Su situación y le darán indicaciones sobre dónde acudir para recibir la atención que Usted necesita.

**Cuidado de Urgencia fuera del área de servicio y toda la Atención Médica de Emergencia (incluida la atención fuera de California):** los Servicios Cubiertos por proveedores no contratados estarán cubiertos si los hechos demuestran que Usted requiere Atención Médica de Emergencia o Cuidado de Urgencia. La autorización no es obligatoria para asegurar la cobertura.

Siempre presente Su Identificación para Miembros de IEHP a los proveedores de atención médica sin importar el lugar en el que se encuentre. Les ayudará a comprender el tipo de cobertura que Usted tiene. Es posible que puedan ayudarle a ponerse en contacto con IEHP, con Su PCP o con el Profesional de Salud Mental de la Red.

Debe comunicarse con Su PCP, con el Profesional de Salud Mental de la Red o con IEHP en un plazo de 48 horas o tan pronto como pueda, después de recibir servicios de emergencia de proveedores no contratados. Su PCP o el Profesional de Salud Mental de la Red evaluarán Sus circunstancias y tomarán todas las medidas necesarias para Su atención continua. Cualquier tratamiento proporcionado que no esté autorizado por Su PCP o IEHP, y que posteriormente IEHP determine que no es para servicios de emergencia, no estará cubierto.

Después de que su problema médico deje de ser una urgencia y Su problema de salud se estabilice, cualquier atención adicional que Usted reciba se considerará como tratamiento continuo o cuidado posterior a la estabilización. Los servicios de tratamiento continuo deben ser realizados por Su PCP o Su Profesional de Salud Mental de la Red o deben ser autorizados por IEHP, ya que, de lo contrario, no estarán cubiertos.

Si se encuentra fuera de los EE. UU., tendrá que pagar los servicios de emergencia que reciba. IEHP le reembolsará los servicios de emergencia cubiertos con base en la cantidad máxima permitida. Acceda a los formularios para presentar una queja en línea en [iehp.org](http://iehp.org). Envíe Su formulario para presentar una queja y su expediente médico en un plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

### **Tratamiento continuo después de la Atención Médica de Emergencia en un Hospital que no tiene contrato con IEHP**

Si a Usted le brindan Atención Médica de Emergencia en un Hospital que no tiene contrato con IEHP, el Tratamiento Continuo debe ser autorizado por IEHP o no será cubierto. Una vez que Su Condición Médica de Emergencia o Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia se haya estabilizado, y Su proveedor de atención médica tratante en el Hospital considere que Usted requiere servicios hospitalarios adicionales Médicamente Necesarios, el Hospital no contratado debe comunicarse con IEHP para obtener la autorización oportuna. Si IEHP determina que Usted puede ser transferido de manera segura a un Hospital que tenga contrato con IEHP y Usted se niega a dar su consentimiento para la transferencia, el Hospital no contratado debe proporcionarle

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

un aviso por escrito de que Usted será financieramente responsable del 100% del costo de los servicios que se le proporcionen después de que Su Condición de Emergencia se estabilice.

### **Medicamentos Recetados**

Si Usted compra un Medicamento Recetado cubierto para una Emergencia médica o Cuidados de Urgencia en una farmacia no participante, IEHP le reembolsará el costo minorista del medicamento, menos cualquier Deducible requerido y los costos compartidos que se muestran en el "Programa de Beneficios". Las Exclusiones y Limitaciones y los requisitos de la Lista de Medicamentos Cubiertos también se aplican cuando los medicamentos son dispensados por una Farmacia No Participante. Tendrá que pagar el medicamento recetado cuando se lo dispensen. Para recibir el reembolso, Usted debe presentar una queja a IEHP. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) para obtener formularios para presentar una queja.

### **Servicios de la vista pediátricos**

En caso de que su Dependiente cubierto requiera Cuidado de la Vista Pediátrico de Emergencia, comuníquese con un Proveedor de Cuidado de la Vista de la Red de IEHP. Ciertos Proveedores de Cuidado de la Vista de la Red están disponibles en horario extendido y los fines de semana y pueden prestar servicios para afecciones urgentes o inesperadas que ocurran fuera del horario de atención.

### **Servicios dentales pediátricos**

Los servicios dentales de emergencia son procedimientos dentales llevados a cabo en el consultorio de un dentista, una clínica dental u otro centro comparable, para evaluar y estabilizar afecciones dentales de aparición y gravedad recientes. La enfermedad puede ir acompañada de una hemorragia profusa, un dolor severo o una infección aguda que razonablemente supongan una necesidad de atención dental inmediata.

Los Dentistas Generales de la Red de Covered California de IEHP brindan servicios dentales de emergencia las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Le animamos a que acuda a su Dentista General de la Red seleccionado. Si necesita servicios dentales de emergencia, puede acudir a cualquier proveedor dental, ir a la sala de emergencias más cercana o llamar al 9-1-1 para solicitar asistencia, según sea necesario. No se requiere Autorización Previa para los servicios dentales de emergencia.

El reembolso de los servicios dentales de emergencia se limita al tratamiento directamente relacionado con los servicios dentales de emergencia, como por ejemplo, evaluar y estabilizar la afección dental. Los reembolsos se basarán en los beneficios de Su Plan, sujetos a exclusiones y limitaciones. Los cargos hospitalarios y otros gastos por la atención recibida en cualquier hospital o centro de atención ambulatoria, que no estén relacionados con el tratamiento de la afección dental en cuestión, no son beneficios cubiertos.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Administración de Atención Médica Compleja**

Si Usted está enfermo o tiene una enfermedad grave, IEHP trabajará con Usted y con su doctor para asegurarse de que Usted reciba la atención que necesita. El Equipo de Salud del Comportamiento y Administración de la Atención Médica (*Behavioral Health and Care Management Team, BHCMT*) de IEHP puede ayudarle si padece una enfermedad grave, como una enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, SIDA, hepatitis C, una lesión medular u otros problemas crónicos. El Equipo de la Administración de la Atención Médica (*Care Management Team, CMT*) de IEHP puede ayudarle a controlar Su enfermedad y Sus medicamentos, coordinar Su atención médica trabajando con Sus doctores y puede ayudarle a conseguir cualquier equipo médico que necesite. Un Equipo Interdisciplinario de Atención Médica (*Interdisciplinary Care Team, ICT*) también puede ayudarle con Su plan personal de atención médica. Un ICT está formado por Su PCP, un enfermero administrador de cuidados, un administrador de cuidados de Salud del Comportamiento (cuando sea necesario) y otras personas que apoyen sus necesidades de atención médica. Existen varias maneras en las que Usted puede ser referido al programa de Administración de Atención Médica Compleja de IEHP, tales como:

- Una referencia médica de la administración (por ejemplo: un enfermero de la Línea de Consejos de Enfermería de IEHP cree que Usted se beneficiaría del programa).
- Una referencia de un planificador de tratamiento para dar de alta (por ejemplo: si le dan el alta de un hospital y tiene muchas necesidades complicadas).
- Una referencia del miembro o del cuidador (por ejemplo: puede llamar a IEHP para pedir la ayuda de un Administrador de Atención Médica Compleja).
- Una referencia por parte de un profesional con práctica médica (por ejemplo: su doctor puede hacer una referencia en su nombre).
- Llame a Servicios para Miembros de IEHP si está interesado en inscribirse o siente que Usted o Su cuidador se beneficiarían de estar en el programa o hable con Su doctor si desea obtener más información sobre este Programa de Administración de Atención Médica Compleja sin costo, hablar con su ICT, crear un plan personal de cuidados o si simplemente necesita ayuda con Su atención médica. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm.

## **Elegibilidad, inscripción y terminación**

### **¿Quién es elegible y cómo inscribirse para la cobertura?**

Para inscribirse y recibir la cobertura de este Plan, el Suscriptor y cada uno de los Familiares que soliciten la inscripción deberán:

- Vivir en el área de servicio de IEHP (condado de San Bernardino o Riverside) durante todo el periodo de elegibilidad.
- Ser ciudadano de EE. UU. o vivir legalmente en EE. UU.
- No estar encarcelado.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Y debe solicitarlo durante un periodo de inscripción abierta o durante un periodo de inscripción especial.

Las siguientes personas y cónyuges legales **no son elegibles para la cobertura** de este Plan:

- Personas elegibles para un plan de grupo con cobertura mínima esencial.
- Personas mayores de 65 años elegibles para los beneficios de Medicare, excepto los padres o padrastros dependientes.
- Personas encarceladas.
- Personas elegibles para Medi-Cal u otros programas estatales o federales.

Si padece una enfermedad renal en etapa terminal (*end-stage renal disease*, “*ESRD*”) y es elegible para Medicare, Usted seguirá siendo elegible para inscribirse en este Plan hasta que se inscriba en Medicare. El plan trabajará con Usted para obtener la cobertura de Medicare si cumple con los requisitos.

Los Suscriptores pueden solicitar la inscripción de Familiares que cumplan los requisitos de elegibilidad para dependientes:

- Cónyuge: el cónyuge legítimo del Suscriptor, como se define en las leyes de California. (El término "cónyuge" también incluye a la pareja de hecho del Suscriptor cuando la relación de hecho cumpla todos los requisitos de la ley de California).
- Los hijos: los hijos del Suscriptor o de su cónyuge (incluidos los hijos legalmente adoptados, los hijastros y los hijos de los que el Suscriptor sea tutor designado por un tribunal).
- Un padre o padrastro que cumpla con la definición de pariente elegible según la Sección 152(d) del Título 26 del Código de EE. UU. y que viva o resida dentro del área de servicio de IEHP.

### **Hijos Dependientes**

Cada hijo es elegible para inscribirse como dependiente cubierto hasta los 26 años. Un hijo Dependiente inscrito que cumpla 26 años podrá permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese Año Civil. La cobertura del dependiente finalizará el último día del Año Civil durante el cual el hijo dependiente deje de ser elegible.

Los dependientes cubiertos que alcanzan los 26 años de edad son elegibles para la continuación de la cobertura de los beneficios del plan del padre o tutor si aplican estas dos condiciones:

- El hijo no puede mantener un empleo por sí mismo debido a una lesión, enfermedad o afección que le incapacite física o mentalmente; y
- El hijo depende principalmente del Suscriptor para su sustento y mantenimiento.

IEHP le dará un aviso por lo menos 90 días antes de la fecha en que finalice la cobertura del hijo dependiente. Debe proporcionar a IEHP una prueba de la incapacidad y dependencia de Su hijo dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que reciba este aviso de IEHP para la continuación de la cobertura de un hijo discapacitado después del límite de edad. Debe proporcionar a IEHP la

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

prueba de incapacidad y dependencia sin costo alguno. Un hijo discapacitado podrá seguir estando cubierto por este Plan como Dependiente mientras permanezca incapacitado y siga cumpliendo los estándares de elegibilidad descritos anteriormente.

### **Periodo de inscripción abierta**

La inscripción abierta comienza el 1 de noviembre de cada año y continúa hasta el 31 de enero del año siguiente. Para las inscripciones recibidas del 1 de noviembre al 31 de diciembre, la cobertura comenzará el 1 de enero. Para las inscripciones recibidas del 1 de enero al 31 de enero, la cobertura comenzará el 1 de febrero. Durante el periodo de inscripción abierta, los miembros existentes de IEHP pueden agregar dependientes elegibles, informar cambios demográficos, cambiar de portador o cambiar de Plan de Beneficios actualizando su solicitud con Covered California. Para hacerlo, puede visitar [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com), llamar a Covered California al 1-800-300-1506 (TTY 1-888-889-4500) o llamar a los servicios de apoyo para la inscripción de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). Para confirmar Su elegibilidad para los créditos fiscales o los planes de reducción de costos compartidos en cada duración de los beneficios, debe actualizar Sus ingresos con Covered California. Si no realiza ningún cambio, se le renovará automáticamente y se le inscribirá en Su plan de IEHP actual.

### **Fecha de inicio de la cobertura**

Solo Covered California puede aprobar las solicitudes y la fecha de vigencia de la cobertura. El pago de la prima inicial puede enviarse al completar correctamente la solicitud, o Usted puede elegir esperar el cobro de IEHP. Una vez que la solicitud haya sido aprobada y se haya recibido el pago completo del primer mes, IEHP le enviará un paquete de bienvenida para miembros nuevos y una Identificación para Miembros de IEHP, que incluye la fecha de vigencia de la cobertura. Los Pagos de las Primas después del mes inicial deben hacerse a nombre de IEHP antes de la fecha de vencimiento.

### **Cambio en la elegibilidad**

Debe notificar a Covered California al 1-888-975-1142 (TTY 1-888-889-4500) de los cambios que afectarán Su elegibilidad, incluyendo dejar de residir en el área de servicio de IEHP. También puede enviar avisos por correo a Covered California a: Covered California, P.O. Box 989725, West Sacramento, CA 95798. Covered California realizará todas las determinaciones de elegibilidad para la cobertura de beneficios de salud y el nivel o los niveles de subsidio, incluidos los créditos fiscales anticipados para primas y los subsidios para costos compartidos. Cualquier cambio en el estado de elegibilidad de un miembro, incluida la terminación y el cambio de plan, será procesado por IEHP solo después de la confirmación de Covered California.

Le pedimos que informe todos los cambios de nivel de ingresos, cambios en el tamaño de su familia, cambios de domicilio, cambios en la situación de ciudadanía y residencia legal, pérdida o ganancia de un seguro médico patrocinado por el empleador y otros cambios demográficos a Covered California al 1-800-300-1506 (TTY/TDD 1-888-889-4500). Estos cambios le ayudarán

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

a volver a determinar Su elegibilidad y la cantidad de ayuda o subvención para la prima que le corresponde.

### **Elegibilidad para los créditos fiscales y las reducciones de costos compartidos**

Covered California utiliza una única solicitud para evaluar si Usted cumple con los requisitos para recibir ayuda económica que pueda reducir el costo de Su seguro médico. Existen dos nuevos tipos de programas de subsidio: (1) Créditos fiscales: reducirá el costo de Su prima mensual; y (2) Reducciones de los costos compartidos: reducirá los gastos de su bolsillo por los Servicios Cubiertos. Estos programas están a disposición de las personas y las familias que cumplen ciertos requisitos de ingresos y no tienen acceso a otro seguro médico de bajo costo. Visite [iehp.org](http://iehp.org), llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o a Covered California al 1-888-975-1142 (TTY 1-888-889-4500) para obtener más información sobre estos programas.

### **Elegibilidad para un Plan para Catástrofes**

Las personas menores de 30 años pueden inscribirse en un plan de cobertura mínima o en un Plan para Catástrofes. Se trata de un tipo de plan de salud con deducible elevado que está diseñado para proporcionar cobertura en el peor de los casos, pero que ofrece una cobertura mínima para los servicios rutinarios que no sean los cuidados preventivos. Los mayores de 30 años pueden comprar cobertura para catástrofes solo si la solicitan y se les aprueba una exención por falta de accesibilidad o dificultades generales a través de Covered California. Los planes de Cobertura mínima no cumplen con los requisitos para los créditos fiscales para reducir la prima mensual. Visite [iehp.org](http://iehp.org), llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o a Covered California al 1-888-975-1142 (TTY 1-888-889-4500) para obtener más información.

### **Periodos de inscripción especiales para Dependientes recién llegados**

El Suscriptor podrá inscribir a los siguientes dependientes recién llegados:

**Cónyuge:** Si Usted es el Suscriptor y se casa mientras está cubierto por este Plan, puede solicitar la inscripción de Su nuevo cónyuge (y de los hijos elegibles de su cónyuge) en un plazo de 60 días a partir de la fecha del matrimonio, presentando una nueva Solicitud de Inscripción a Covered California. Si su cónyuge es elegible y es aceptado para la cobertura, esta comenzará en la fecha indicada en el Aviso de Aceptación del nuevo afiliado.

**Pareja de hecho:** Si Usted es el Suscriptor y forma una pareja de hecho mientras está cubierto por este Plan, puede solicitar la inscripción de Su nueva pareja de hecho (y de sus hijos elegibles) en un plazo de 60 días a partir de la fecha de presentación de la Declaración de pareja de hecho ante el Secretario de Estado, inscribiéndose en Covered California. Si su pareja de hecho es elegible y es aceptada para la cobertura, esta comenzará en la fecha indicada en el Aviso de Aceptación del nuevo afiliado.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Hijo recién nacido: El hijo recién nacido del Suscriptor o de su cónyuge estará cubierto automáticamente durante 31 días (incluida la fecha de nacimiento). Para mantener la inscripción más allá de los 31 días iniciales, deberá inscribir al recién nacido en Covered California y pagar las Primas del Plan que correspondan dentro de los 31 días siguientes al nacimiento. Si no inscribe a su hijo en un plazo de 31 días (incluida la fecha de nacimiento), Su hijo podrá inscribirse en un periodo de inscripción especial en un plazo de 60 días a partir de su nacimiento. NOTA: Esta disposición no modifica la EOC para restringir los términos, límites o condiciones que puedan aplicarse de otro modo a las madres sustitutas y a los niños nacidos de madres sustitutas. Para más información, consulte la parte "Acuerdos de maternidad subrogada" de la sección "Disposiciones generales".

Hijo adoptivo: Un niño recién adoptado o en proceso de adopción se convierte en elegible en la fecha de adopción o en la fecha de colocación para adopción, según lo solicite el padre adoptivo. La cobertura comienza automáticamente y continuará durante 30 días a partir de la fecha de elegibilidad. Debe inscribir al niño en un plazo de 31 días para que la cobertura continúe más allá de los primeros 30 días, inscribiéndose en Covered California y pagando las Primas del Plan que correspondan. Si no inscribe a su hijo en un plazo de 31 días a partir de la adopción, Su hijo será elegible para inscribirse en un periodo de inscripción especial en un plazo de 60 días a partir de la colocación en adopción.

Dependiente por orden judicial o tutor legal (custodia): Si el Suscriptor o su cónyuge están obligados por orden judicial, tal y como se define en la ley estatal o federal aplicable, a proporcionar cobertura a un hijo menor de edad o se convierten en tutores legales de un niño, este podrá inscribirse en la fecha de vigencia de la orden judicial. El Suscriptor debe inscribirse en Covered California y pagar las Primas del Plan correspondientes en un plazo de 60 días a partir de la fecha de vigencia de la orden judicial. Una vez que Covered California apruebe la inscripción del hijo, IEHP proporcionará la cobertura de acuerdo con los requisitos de la orden judicial. La cobertura del niño según esta disposición no se extenderá más allá de cualquier límite de edad del Dependiente.

### **Periodos de inscripción especiales**

Además del periodo de inscripción abierta, Usted puede inscribirse en este plan en un plazo de 60 días a partir de determinados acontecimientos que incluyen, entre otros:

- Haber obtenido, perdido o cambiado el estado de dependiente debido a matrimonio, pareja de hecho, divorcio, separación legal, disolución de la pareja de hecho, nacimiento, adopción, colocación para adopción o por asumir una relación padre-hijo.
- Se le exige estar cubierto como dependiente debido a una orden judicial estatal o federal válida.
- Haber cancelado los beneficios de un plan de salud anterior debido a errores cometidos por un plan de salud anterior.
- Haber estado recibiendo servicios bajo otro plan de salud de un proveedor contratado, que ya no participa en ese plan de salud, para cualquiera de estas afecciones: (a) una afección

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

aguda o grave; (b) una enfermedad terminal; (c) un embarazo; (d) el cuidado de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses; o (e) una cirugía u otro procedimiento autorizado como parte de un curso de tratamiento documentado que se producirá dentro de los 180 días siguientes a la fecha de finalización de los contratos o la fecha de vigencia de la cobertura para un nuevo miembro cubierto.

- No haberse inscrito durante el periodo de inscripción anterior porque le informaron erróneamente que Usted estaba cubierto por la cobertura mínima esencial.
- Ser un miembro de las fuerzas de reserva del ejército de EE. UU. y haber regresado del servicio activo o ser un miembro de la Guardia Nacional de California y haber regresado del servicio activo según el Título 32 del Código de los EE.UU.
- No haber tenido permitido inscribirse a través de Covered California debido a acciones intencionales, inadvertidas o erróneas del Intercambio.
- Obtener o mantener el estatus indígena, tal y como se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena.
- Volverse dependiente de una persona indígena y estar inscrito o inscribirse en la misma solicitud que la persona indígena (puede cambiar de un plan a otro una vez al mes).
- No haberse inscrito como resultado de una mala conducta por parte de una entidad de California no cubierta que proporcione asistencia para la inscripción o lleve a cabo actividades de inscripción.
- Ser víctima de maltrato doméstico o abandono conyugal, tal y como se define en el Título 26 del Código de Regulaciones Federales 1.36B-2, incluida una víctima dependiente o soltera dentro de un hogar, estar inscrito en una cobertura esencial mínima y tener la intención de inscribirse en una cobertura separada del autor del maltrato o abandono. Los dependientes de la víctima, que aparezcan en la misma solicitud que esta, también son elegibles para inscribirse al mismo tiempo que la víctima.
- Haber sido evaluado por Covered California como potencialmente elegibles para Medi-Cal y que se haya determinado que no es elegible para dicha cobertura, ya sea después de que haya finalizado la inscripción abierta o más de 60 días después del evento calificador.
- Solicitar cobertura con Medi-Cal durante el periodo anual de inscripción abierta y haberse determinado que no es elegible para Medi-Cal después de haber finalizado la inscripción abierta de Covered California.
- No haberse inscrito por esperar a que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. verificara la ciudadanía, situación de la legalidad de su presencia en el país.
- Acceder al Acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (*Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, "ICHRA"*) y no estar ya cubierto por el mismo.
- No haber sido notificado a tiempo de un acontecimiento que fomenta la elegibilidad para un periodo de inscripción especial.

En los siguientes casos, Usted es elegible para inscribirse 60 días antes y 60 días después del acontecimiento:

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Haber perdido la cobertura en un plan con cobertura mínima esencial (la cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la pérdida de cobertura), sin incluir la terminación voluntaria, la pérdida por falta de pago de primas o las situaciones que propician una rescisión (fraude o tergiversación intencional de un hecho material).
- Haber estado inscrito en cualquier plan que no fuera del Año Civil, ya vencido o por vencer, aunque Usted o el Dependiente tuvieran la opción de renovar el plan. La fecha de la pérdida de cobertura será la fecha de vencimiento del plan de año no civil.
- Haber perdido la cobertura médicamente necesaria o relacionada con el embarazo en Medi-Cal (sin incluir la terminación voluntaria).
- Haber perdido el acceso al plan de beneficios existente debido a un cambio definitivo.
- Haber salido de la cárcel.
- Haberse hecho ciudadano de EE. UU. recientemente o vivir legalmente en EE. UU.
- Haberse vuelto elegible o no elegible recientemente para los pagos adelantados del crédito fiscal de la prima o haber tenido un cambio en la elegibilidad para las reducciones de costos compartidos. Covered California debe permitir que las personas cuya cobertura existente a través de un plan elegible patrocinado por el empleador deje de ser asequible o de proporcionar un valor mínimo accedan a este periodo de inscripción especial antes de que finalice el plan elegible patrocinado por el empleador.
- Estar inscrito en la continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*) para la que un empleador está pagando la totalidad o parte de las primas, o tener cobertura para la que una entidad gubernamental esté proporcionando subsidios, y que el empleador cese por completo sus contribuciones a la cobertura de continuación COBRA o cesen por completo los subsidios gubernamentales.

También hay periodos especiales de inscripción mensuales para los indígenas nativos americanos o nativos de Alaska y para las personas que se encuentren al 138% o por debajo del Nivel Federal de Pobreza. Llame a nuestros Servicios de Apoyo para la Inscripción de IEHP California al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) si tiene preguntas sobre estos periodos especiales de inscripción o sobre otros acontecimientos de vida que lo hagan elegible. Para ser elegible para el periodo de inscripción especial, Usted deberá solicitar la cobertura dentro de los sesenta (60) días siguientes al acontecimiento de vida que lo vuelva elegible.

### **Separación legal o decreto final de disolución del matrimonio o de la pareja de hecho o anulación**

A medianoche del último día del mes en el que se produzca la separación legal o la entrada en vigencia de la sentencia definitiva de disolución del matrimonio o de la pareja de hecho o la anulación, el cónyuge dejará de ser un Familiar elegible. Los hijos del cónyuge que no sean también hijos naturales o legalmente adoptados del Suscriptor dejarán de ser Familiares elegibles al mismo tiempo.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Disposiciones de renovación**

Este Plan es un plan individual de beneficios de salud, de renovación garantizada a elección del afiliado, salvo que se permita su terminación, cancelación, terminación o no renovación en virtud de la ley estatal y federal aplicable que se describe a continuación. La cobertura permanecerá vigente por cada mes en que las Primas del Plan sean recibidas y aceptadas por IEHP. IEHP se reserva el derecho de cambiar el importe de la prima a pagar cada año.

## **Reinscripción**

Si finaliza Su cobertura o la de cualquiera de Sus Familiares, podrá solicitar la reinscripción si cumple los requisitos de elegibilidad descritos anteriormente.

## **Terminación de Beneficios**

### **Cancelación de beneficios voluntaria**

Usted puede terminar esta EOC notificando a Covered California o a IEHP al menos 14 días del calendario antes de la fecha de terminación solicitada por Usted. Por ejemplo, si la notificación llega el 14 de junio, la cancelación de inscripción será efectiva el 1 de julio. Su cobertura terminará a las 12:01am, 14 días después de que notifique a Covered California o a IEHP. O en una fecha anterior que Usted solicite si Covered California o IEHP están de acuerdo con esta fecha. Si los términos de esta EOC son alterados por IEHP, ninguna reducción resultante en la cobertura afectará negativamente a ningún miembro en el momento de dicho cambio.

IEHP puede rescindir esta EOC junto con todas las EOC similares mediante un aviso por escrito con 90 días de anticipación al Suscriptor y al Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos.

### **Terminación por causa justificada**

IEHP puede terminar de manera individual Su cobertura de beneficios y la de Sus Dependientes cubiertos, o bien, no renovarla por estas razones o circunstancias:

- Falta de pago por parte del Suscriptor de cualquiera de las primas vencidas del Plan, de la forma especificada en la sección "Primas del Plan":
  - a. Si no se recibe el pago completo al final del periodo de gracia de 30 días, se cancelará la EOC con la aprobación de IEHP.
  - b. Los Suscriptores y Dependientes inscritos que reciban Créditos Fiscales Federales Anticipados para la Prima ("APTC") o el subsidio para la prima de California tienen un periodo de gracia de tres meses en lugar de un periodo de gracia de 30 días por falta de pago de los cargos de la Prima del Plan. Si no paga el monto total de las primas pendientes del plan antes de que finalice el periodo de gracia de tres meses, IEHP finalizará Su cobertura e indicará que Su cobertura finalizó efectivamente el primer día del segundo mes de Su periodo de gracia de tres meses.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Si Usted comete cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de un hecho sustancial según los términos del acuerdo, en cuyo caso se enviará un aviso de terminación. La terminación será efectiva en la fecha en que se envíe por correo el aviso de terminación. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes:
  - a. Tergiversar la información de elegibilidad sobre Usted o un Dependiente
  - b. Presentar una receta u orden médica inválida
  - c. Usar indebidamente una Identificación para Miembros de IEHP (o dejar que otra persona la use)
- Terminación de esta EOC debido a la pérdida de elegibilidad. La terminación será efectiva en los siguientes casos:
  - a. Cuando el Suscriptor o su Familiar deje de residir en el área de servicio, la cobertura finalizará a los 30 días de la fecha de envío de la carta.
  - b. Cuando el Suscriptor deje de ser elegible con base en cualquier otra disposición de elegibilidad de este plan de salud, la cobertura finalizará para el Suscriptor y cualquier Familiar inscrito, a partir de la medianoche del último día del mes en el que se produzca la pérdida de elegibilidad.
  - c. Cuando el Familiar deje de ser elegible con base en cualquier otra disposición de elegibilidad de este plan de salud, la cobertura finalizará solo para esa persona, a partir de la medianoche del último día del mes en el que se produzca la pérdida de elegibilidad.

Si IEHP inicia la terminación de la cobertura por cualquier razón mencionada anteriormente, que no sea la falta de pago de las primas del plan, IEHP enviará un aviso de cancelación o no renovación solo después de que Covered California apruebe la terminación. Se le enviará el aviso de terminación al menos 30 días antes de la rescisión, que indicará lo siguiente:

- (a) El motivo y la fecha efectiva de la terminación.
- (c) Los nombres de todos los afiliados afectados por el aviso.
- (c) Su derecho a presentar una queja formal.

Si la cobertura se termina por no pagar las primas del plan o por cometer cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de un hecho sustancial según los términos del acuerdo, Usted puede perder el derecho a volver a inscribirse en IEHP en el futuro. También podemos denunciar ante las autoridades el fraude penal y otros actos ilegales para su persecución. IEHP llevará a cabo una investigación justa de los hechos antes de cualquier terminación o transferencia involuntaria por cualquiera de las razones anteriores.

Lo miembros son responsables del pago de cualquier servicio recibido después de la terminación de esta EOC. Esto también aplica a los miembros que estén hospitalizados o en tratamiento por una enfermedad activa en la fecha de finalización de esta EOC.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



## **Rescisión o cancelación de la cobertura por fraude o tergiversación intencional de hechos sustanciales**

### **IEHP puede rescindir o cancelar esta EOC**

Dentro de los primeros 24 meses de cobertura, IEHP puede rescindir esta EOC por cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de un hecho sustancial en la información escrita presentada por Usted o en Su nombre en o con Su solicitud de inscripción.

IEHP puede cancelar esta EOC por cualquier acto o práctica que constituya fraude, o por cualquier tergiversación intencional de un hecho sustancial según los términos de la EOC. Un hecho sustancial es información que, de haber sido conocida por IEHP, habría hecho que IEHP se negara a emitir la cobertura.

### **Cancelación de la EOC**

Si se cancela esta EOC, se le enviará un aviso de cancelación o de no renovación al menos 30 días antes de la terminación, que indicará lo siguiente:

- (a) El motivo y la fecha efectiva de la terminación.
- (c) Los nombres de todos los afiliados afectados
- (c) Su derecho a presentar una queja formal.

### **Rescisión de la EOC**

Si esta EOC es rescindida, IEHP no tendrá ninguna responsabilidad de otorgar la cobertura bajo este Plan.

Al firmar la solicitud de inscripción, Usted declaró que todas las respuestas eran verdaderas, completas y exactas. La solicitud de inscripción formará parte del acuerdo entre IEHP y Usted. Además, al firmar la solicitud de inscripción, Usted se comprometió a cumplir los términos de esta EOC.

Si se rescinde esta EOC, se le enviará un aviso de rescisión al menos 30 días antes de la rescisión, que indicará lo siguiente:

- (a) El motivo y la fecha efectiva de la terminación.
- (c) Los nombres de todos los afiliados afectados por el aviso.
- (c) Su derecho a presentar una queja formal.

Si se rescinde esta EOC:

- IEHP puede revocar Su cobertura como si nunca hubiera existido y Usted perderá los beneficios de salud, incluida la cobertura por el tratamiento ya recibido.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- IEHP le reembolsará todos los montos de las primas pagadas por Usted, menos cualquier gasto médico pagado por IEHP en Su nombre y podrá recuperar de Usted cualquier monto pagado bajo la EOC desde la fecha original de cobertura.
- IEHP se reserva el derecho de obtener cualquier otro recurso legal derivado de la rescisión que sea compatible con la ley de California.
- Si cree que IEHP ha rescindido indebidamente Su cobertura, puede presentar una queja formal para apelar la decisión. Consulte la parte "Quejas, Apelaciones, Arbitraje y Revisión Médica Independiente" de la sección "Disposiciones generales" de esta Evidencia de Cobertura.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## Beneficios del plan

Los beneficios se proporcionan solo por servicios que son Médicamente Necesarios.

Los servicios que son Médicamente Necesarios incluyen solo aquellos que se han establecido como seguros y eficaces, y que se prestan según los estándares profesionales generalmente aceptados para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas. Estos servicios, según lo determinado por IEHP son:

- Coherentes con la política médica de IEHP.
- Coherentes con los síntomas o el diagnóstico.
- No se proporcionan principalmente para conveniencia del paciente, del doctor que le atiende o de otro proveedor.
- Se proporcionan al nivel más apropiado que sea posible de forma segura y eficaz para el paciente.

El solo hecho de que un doctor u otro proveedor realice, recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio, suministro u hospitalización, no lo vuelve Médicamente Necesario ni un servicio cubierto. Los servicios de hospitalización que son Médicamente Necesarios incluyen solo aquellos servicios que cumplen con los requisitos anteriores, que requieren de un entorno con cama para pacientes con afecciones agudas (pasar la noche), y que no podrían haberse prestado en el consultorio de un doctor, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en otras instalaciones sin afectar negativamente al estado del paciente o a la calidad de la atención médica prestada. Todos los Servicios y suministros Cubiertos, excepto el Cuidado de Emergencia y Urgencia, para los Suscriptores y sus dependientes elegibles deben ser proporcionados por Proveedores de la Red o autorizados por IEHP para ser realizados por un proveedor no participante.

Cualquier servicio o suministro cubierto puede requerir un Copago o Coseguro, estar sujeto a un Deducible o tener un límite máximo de beneficios. Consulte la sección "Programa de Beneficios" para obtener más información.

Pueden aplicarse ciertas limitaciones. Asegúrese de leer la sección titulada "Exclusiones y Limitaciones" antes de recibir atención médica.

Para todos los servicios de acupuntura, IEHP ha contratado a American Specialty Health Plans of California, Inc. ("ASH") para que funja como administrador de los servicios de acupuntura del Plan. Los beneficios cubiertos incluyen los servicios para el tratamiento de las náuseas o forman parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Los servicios de acupuntura deben ser prestados por un doctor de la red, un acupunturista autorizado u otro proveedor de atención médica debidamente autorizado o certificado.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Acupuntura**

American Specialty Health Plans of California, Inc. (“ASH”) organizará los servicios de acupuntura cubiertos para Usted. Póngase en contacto con ASH si tiene preguntas sobre los servicios de acupuntura, los proveedores de la red de ASH o los beneficios de la acupuntura llamando al 1-800-678-9133 (TTY 711).

Todos los servicios de acupuntura cubiertos pueden estar sujetos a la verificación de la Necesidad Médica por parte de American Specialty Health Plans of California, Inc. (“ASH”):

- Examen de paciente nuevo realizado por un Acupunturista de la Red para la evaluación inicial de un paciente con una nueva afección o un nuevo episodio para determinar la idoneidad de los servicios de acupuntura. Un paciente nuevo es aquel que no ha recibido ninguno de los servicios profesionales del proveedor, o de otro proveedor de la misma especialidad que pertenezca a la misma práctica de grupo, en los últimos tres años.
- Un Acupunturista de la Red realiza exámenes a los pacientes establecidos para evaluar la necesidad de iniciar, continuar, extender o cambiar el curso de un tratamiento. Un paciente establecido es aquel que ha recibido los servicios profesionales del proveedor, o de otro proveedor de la misma especialidad que pertenezca a la misma práctica de grupo, en los últimos tres años.
- Las visitas posteriores al consultorio, según lo establecido en un plan de tratamiento aprobado por la ASH, pueden incluir un tratamiento de acupuntura, una reevaluación, y otros servicios, en diversas combinaciones. Se requerirá un Copago por cada visita al consultorio.

## **Ambulancia**

Todos los servicios de ambulancia aérea y terrestre y de transporte en ambulancia, prestados como resultado de una solicitud de asistencia del sistema de respuesta a emergencias "9-1-1", estarán cubiertos cuando sean médicamente necesarios o cuando se hayan cumplido los estándares para la Atención Médica de Emergencia, tal y como se definen en esta EOC:

- Transporte en ambulancia de emergencia (terrestre y aérea) cuando se utilice para trasladarle desde el lugar de la enfermedad o lesión hasta el centro médico más cercano que pueda proporcionarle la atención médica adecuada.
- Transporte en ambulancia terrestre que no sea de emergencia de un centro médico a otro cuando IEHP o el proveedor contratado por el Plan lo autoricen previamente.
- Transporte en ambulancia aérea de un centro médico a otro cuando IEHP lo autorice previamente.
- Servicios de ambulancia y transporte psiquiátrico que no sean de emergencia dentro del área de servicio si: (1) IEHP o el médico contratado por el Plan determina que la afección del afiliado requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada (o camioneta de transporte psiquiátrico) puede proporcionar; y (2) el uso de otros medios de transporte pondría en peligro la salud del afiliado.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los servicios de ambulancia aérea están cubiertos según los costos compartidos del proveedor de la red, incluso si Usted recibe los servicios de un proveedor no participante.

### **Sangre**

Quedan cubiertas las transfusiones de sangre, incluido el procesamiento de la sangre, el costo de la sangre, la sangre no sustituida y los hemoderivados. Sin embargo, las transfusiones de sangre autodonada (autóloga) están cubiertas solo para una cirugía que IEHP haya autorizado y programado.

### **Ensayos clínicos**

Los beneficios estarán disponibles para la atención de rutina del paciente cuando Usted haya sido aceptado en un ensayo clínico aprobado para el tratamiento del cáncer o de una enfermedad o afección potencialmente mortal. Una enfermedad o afección potencialmente mortal significa que la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Un ensayo clínico aprobado es un ensayo de fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer o de una enfermedad o afección potencialmente mortal y aprobado o financiado por uno de los siguientes organismos:

- Los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH)
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*)
- Agencia de Investigación y Calidad para la Salud
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Federal Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS*)
- Un grupo o centro cooperativo de los organismos anteriormente mencionados, como el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.
- Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices publicadas por los NIH para las subvenciones de apoyo a centros.
- En casos limitados, estudios e investigaciones realizados por el Departamento de Asuntos de Veteranos; el Departamento de Defensa; o el Departamento de Energía. Estos estudios e investigaciones deben ser revisados y aprobados a través de un sistema de revisión por pares que el Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. determine que es comparable al sistema de revisión por pares de los NIH, y que asegure una revisión imparcial del más alto nivel científico por parte de personas calificadas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión.
- Un ensayo de medicamento realizado en el marco de una solicitud de un medicamento nuevo en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) de EE. UU.
- Un ensayo de un medicamento exento, según la normativa federal, de una solicitud de un medicamento nuevo revisada por la FDA.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Su Doctor de Cuidado Primario u otro Proveedor de la Red determina si Su participación en el ensayo clínico sería apropiada con base en el protocolo del ensayo. IEHP también puede determinar Su elegibilidad para participar si Usted proporciona a IEHP información médica y científica que demuestre que Su participación es apropiada según el protocolo del ensayo.

Los participantes calificados deben participar en un ensayo clínico aprobado mediante un proveedor de IEHP en California, a menos que el ensayo clínico no se ofrezca o no esté disponible a través de un proveedor de IEHP en este estado.

Debe obtener la autorización previa de IEHP para obtener la cobertura de los costos rutinarios del paciente relacionados con el ensayo clínico. Usted es responsable de los costos compartidos por la atención rutinaria del paciente, incluidos los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios de citas médicas por otras afecciones no relacionadas con el ensayo clínico que reciba mientras participe en el ensayo clínico. Cuando se le autorice participar en un ensayo clínico fuera de la red porque no exista una opción dentro de la red, Usted pagará los costos compartidos dentro de la red por su atención médica rutinaria. Estos Copagos y Coseguros se tendrán en cuenta para calcular su OOPM.

La atención médica rutinaria del paciente no incluye:

- El propio artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Cualquier artículo o servicio que se proporcione únicamente para satisfacer las necesidades de recolección y análisis de datos y que no se utilice en la gestión clínica directa del paciente.
- Medicamentos, artículos, dispositivos y servicios excluidos de la cobertura de esta EOC, excepto los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que requieran estar cubiertos en virtud de la sección 1370.6 del Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety, H&S*) u otra ley aplicable.
- Servicios prestados normalmente por el patrocinador de la investigación de forma gratuita para cualquier afiliado inscrito en el ensayo; o

## **COVID-19**

Pruebas de diagnóstico y detección y servicios de atención médica relacionados con las pruebas, la vacunación y la terapia de COVID-19. Se aplicarán los costos compartidos por los servicios, las pruebas y el tratamiento proporcionados por un proveedor fuera de la red.

## **Servicios dentales**

Los servicios o suministros dentales se limitan a los siguientes estándares, excepto lo especificado en el Resumen de Beneficios Dentales y en la parte de "Servicios dentales pediátricos" de la sección "Beneficios del Plan" de esta EOC.

Los beneficios cubiertos incluyen el tratamiento médico Medicamento Necesario de los dientes, encías, articulaciones de la mandíbula y huesos de la mandíbula cuando lo autorice IEHP. Los

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

beneficios dentales médicos incluyen los servicios ambulatorios, hospitalarios y profesionales prestados para el tratamiento de las articulaciones y huesos de la mandíbula, incluidos los tejidos adyacentes:

- Los exámenes dentales y el tratamiento de las encías se realizan para el diagnóstico o el tratamiento de los tumores de encías.
- Atención médica de emergencia inmediata o estabilización de dientes naturales sanos como resultado de una lesión accidental, traumática e independiente de enfermedad, dolencia o cualquier otra causa.
- Tratamiento quirúrgico del síndrome de articulación temporomandibular (*temporomandibular joint syndrome, TMJ*).
- Los aparatos bucales hechos a la medida (férula intraoral o férula oclusal y procedimientos quirúrgicos) para corregir trastornos de la articulación temporomandibular (mandíbula) (también conocidos como trastornos temporomandibulares [Temporomandibular disorders, TMD] o TMJ) están cubiertos si son Médicamente Necesarios.
- Servicios dentales, de ortodoncia o cirugía ortognática médicamente necesarios que sean parte integral de una cirugía reconstructiva por deformidad esquelética o procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye el paladar hendido, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas al paladar hendido.
- Servicios dentales a fin de preparar la mandíbula para la radioterapia para el tratamiento de cáncer de cabeza o cuello.

La anestesia general y los cargos del centro asociados durante el tratamiento dental debido a la afección médica subyacente o al estado médico del afiliado solo están cubiertos cuando:

- El miembro es menor de siete años; o
- El miembro tiene una discapacidad de desarrollo; o
- La salud del miembro está comprometida y la anestesia general es Médicamente Necesaria.

Estos servicios, que son normalmente un servicio dental no cubierto que por lo general se trataría en el consultorio del dentista y sin anestesia general, deben tratarse en cambio en un Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio debido a las condiciones anteriores. Los servicios de anestesia general y de los centros asociados deben ser Médicamente Necesarios y están sujetos a las demás exclusiones y limitaciones de esta EOC.

Para más información, póngase en contacto con Liberty Dental llamando al 1-888-LIBERTY, de lunes a viernes, 8am-5pm.

### **Cuidado de la diabetes**

Los servicios y artículos que se indican a continuación están cubiertos cuando son Médicamente Necesarios.

Suministros para el análisis de orina para control de la diabetes y dispositivos para la administración de insulina:

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Tiras reactivas de cetona.
- Comprimidos o cintas de prueba de azúcar o acetona para el análisis de orina para control de la diabetes.
- Lancetas y dispositivos de punción para lancetas.
- Bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados.
- Ciertas marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre.
- Monitores de glucosa en la sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales.
- Ciertas marcas de sistemas de administración de insulina tipo pluma para la administración de insulina, incluidas agujas para pluma, agujas desechables y jeringas.

Estos artículos (así como la insulina y los Medicamentos Recetados para el tratamiento y control de la diabetes) están cubiertos por los beneficios de Medicamentos Recetados. Consulte la parte de "Medicamentos Recetados" de esta sección y su Lista de Medicamentos Cubiertos para obtener más información, incluidos los servicios con cobertura de marca limitada (monitores de glucosa en la sangre y tiras reactivas).

Además, los suministros que se indican a continuación están cubiertos por los beneficios médicos, como se especifica a continuación:

- Las ayudas visuales (excepto los lentes) para ayudar a las personas con impedimentos visuales a dosificar correctamente la insulina se proporcionan mediante el beneficio de prótesis (consulte la sección "Prótesis" más adelante).
- El glucagón se proporciona mediante el beneficio de medicamentos autoinyectables (consulte la sección "Vacunas e inyecciones" más adelante).
- Dispositivos podológicos (como calzado especial o plantillas para zapatos) para prevenir o tratar complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los prescriba un médico participante o un Proveedor de la Red que sea podólogo (consulte la sección "Equipo médico duradero" más adelante).
- Cuidado del pie diabético médicamente necesario (consulte la sección "Cuidado de los pies" más adelante).
- Están cubiertos los programas de educación del paciente sobre cómo prevenir enfermedades o lesiones y cómo mantener una buena salud, incluidos los programas de control de la diabetes y los programas de control del asma. IEHP pagará por un programa de instrucción sobre la diabetes supervisado por un doctor. Un programa de instrucción sobre la diabetes es un programa diseñado para enseñarle a Usted y su Dependiente cubierto sobre el proceso de la enfermedad, la gestión diaria de la terapia para la diabetes y la terapia médica nutricional.

## **Diálisis**

Los beneficios están disponibles para los servicios de diálisis en un centro de diálisis independiente, en el Departamento Ambulatorio de un Hospital, en el consultorio de un médico o en Su domicilio. Los Beneficios incluyen:

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Diálisis renal
- Hemodiálisis
- Diálisis peritoneal
- Capacitación para autogestionar la diálisis en el hogar

El equipo y los suministros médicos necesarios para la hemodiálisis en el hogar y la diálisis peritoneal en el hogar están cubiertos después de que Usted reciba la capacitación adecuada en un centro de diálisis aprobado por IEHP. La cobertura se limita al equipo o suministros estándares que satisfagan adecuadamente Sus necesidades médicas.

Los Beneficios no incluyen:

- Equipamiento de confort, comodidad o lujo.
- Artículos no médicos, como generadores o accesorios para hacer portátil el equipo de diálisis en el hogar.

También están cubiertos los servicios de diálisis para los miembros con una enfermedad renal en etapa terminal (“*ESRD*”) que viajen dentro de EE. UU. Los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios dentro de EE. UU., pero fuera del área de servicio de IEHP deben ser gestionados y autorizados por IEHP para que sean realizados por proveedores en Su ubicación temporal. La diálisis ambulatoria recibida fuera de EE. UU. no es un servicio cubierto.

### **Equipo Médico Duradero**

El Equipo Médico Duradero (*Durable Medical Equipment, DME*) es el equipo médicamente necesario que ordena Su doctor para su uso en el hogar. Dentro de nuestra Área de Servicio, cubrimos el equipo médico duradero especificado en esta sección para uso en Su domicilio (u otro lugar utilizado como Su domicilio) de acuerdo con nuestras directrices sobre el equipo médico duradero.

El DME para uso doméstico es un artículo que:

- Está destinado para un uso repetido.
- Es utilizado principal y habitualmente con un propósito médico.
- Generalmente no es útil para una persona que no está enferma o lesionada.
- Es apropiado para su uso en el hogar.

Se proporciona el DME cubierto (incluida la reparación o el reemplazo del equipo cubierto, a menos que se deba a pérdida o a un mal uso). Nosotros decidimos si rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Deberá devolvemos el equipo o pagarnos el precio justo de mercado del mismo cuando dejemos de cubrirlo.

Algunos ejemplos de DME cubiertos son, entre otros:

- Bastón estándar con empuñadura curva o bastón de cuatro patas y suministros
- Muletas
- Almohadilla seca antipresión para colchón

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Soporte para línea intravenosa (*IV*)
- Bomba enteral y suministros
- Estimulador de crecimiento óseo
- Equipo de tracción cervical (para puerta).
- Mantas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos
- Equipo de cuidados de diálisis (consulte la sección "Diálisis" más arriba)
- Dispositivos de movilidad, como sillas de ruedas
- Nebulizadores, cubrebocas, tubos y medidor de flujo respiratorio máximo para el autocontrol del asma
- Monitor de glucosa para el autocontrol de la diabetes
- Monitores de apnea para el control de la apnea en recién nacidos
- Oxígeno y equipo respiratorio
- Suministros médicos desechables utilizados con DME y equipos respiratorios
- Extractores de leche estándares

Los inhaladores para el asma y los espaciadores para inhaladores están cubiertos por los beneficios de Medicamentos con Receta.

Determinados artículos de DME tendrán limitaciones en beneficios o cantidad por miembro, o pueden requerir una autorización adicional. Póngase en contacto con IEHP para obtener más detalles.

#### Calzado correctivo

El Calzado Correctivo para el control y el tratamiento de afecciones médicas relacionadas con la diabetes está cubierto por el beneficio relacionado con "Cuidados de la diabetes", considerado Medicamento Necesario. El Calzado Correctivo (incluidos los zapatos especializados, los soportes para el arco del pie y las plantillas) para otras afecciones solo se cubrirá cuando sea Medicamento Necesario y esté hecho a Su medida.

#### Lentes de contacto Medicamento Necesarios

También cubrimos hasta dos lentes de contacto Medicamento Necesarios por ojo (incluida la adaptación y la dispensación) en cualquier periodo de 12 meses para tratar afecciones de aniridia (falta de iris). No se cubrirán los lentes de contacto para la aniridia si proporcionamos un subsidio para (o cubrimos de otro modo) dos lentes de contacto para la aniridia Medicamento Necesarios por ojo en los 12 meses anteriores.

Los lentes de contacto especiales están cubiertos cuando se prescriben para afaquia. Hasta seis lentes de contacto para afáquicos Medicamento Necesarios por ojo (incluida la adaptación y la dispensación) por Año Civil para tratar la afaquia (ausencia del cristalino del ojo). No cubriremos lentes de contacto para afáquicos si proporcionamos un subsidio para (o cubrimos de otro modo) más de seis lentes de contacto para afáquicos para ese ojo durante el mismo Año Civil.

#### Extractor de leche y suministros

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los dispositivos y suministros para la lactancia materna, según las directrices de la Administración de Servicios y Recursos de Salud (*Health Resources and Services Administration, HRSA*), están cubiertos como Servicios de Atención Preventiva (consulte la sección "Servicios de Atención Preventiva" más adelante).

### **Planificación familiar**

Los servicios de planificación familiar cubren el asesoramiento y la planificación de la anticoncepción, el examen de adaptación de un dispositivo anticonceptivo vaginal (diafragma y capuchón cervical) y la inserción o extracción de un dispositivo intrauterino (*DIU*). La esterilización de las mujeres y los métodos anticonceptivos femeninos y el asesoramiento, según las directrices de la Administración de Servicios y Recursos de Salud ("HRSA"), están cubiertos como Servicios de Atención Preventiva. La esterilización de los hombres también es un beneficio de planificación familiar cubierto. Los servicios cubiertos no están sujetos a autorización previa ni a Deducible, Coseguro o Copagos del Plan. Puede recibir servicios de planificación familiar de un proveedor de la red que esté autorizado para prestar estos servicios. Algunos ejemplos de proveedores de planificación familiar son:

- Su PCP
- Las clínicas
- Enfermeras Obstetras certificadas y enfermeras con práctica médica certificadas
- Especialistas en obstetricia y ginecología
- Asistente Médico

Los anticonceptivos cubiertos por el beneficio médico incluyen los dispositivos intrauterinos (*DIU*) y los anticonceptivos inyectables e implantables. Los anticonceptivos recetados para mujeres están cubiertos según la sección "Medicamentos recetados" más adelante.

Los servicios de planificación familiar también incluyen procedimientos quirúrgicos para la interrupción del embarazo (llamada aborto). El aborto y los servicios relacionados con el aborto están cubiertos sin costos compartidos, deducibles, límites anuales o vitalicios ni requisitos de autorización previa. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para obtener más información sobre los centros que prestan estos servicios.

### **Preservación de la fertilidad**

Este Plan cubre los servicios y suministros Medicamento Necesarios para los tratamientos estándar de preservación de la fertilidad en caso de infertilidad iatrogénica. La infertilidad iatrogénica es la causada directa o indirectamente por cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico. Los servicios estándar de preservación de la fertilidad son procedimientos coherentes con las prácticas de tratamiento médico establecidas y las directrices profesionales publicadas por la American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine. El diagnóstico genético antes del implante está cubierto cuando es Medicamento Necesario.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los tratamientos estándar de preservación de la fertilidad no incluyen:

- Seguimiento de las técnicas de reproducción asistida (*Assisted Reproductive Technologies, “ART”*) para lograr un futuro embarazo, como la inseminación artificial, la fertilización in vitro o la transferencia de embriones.
- Óvulos, esperma o embriones de donantes.
- Portadoras gestacionales (madres sustitutas).

El tratamiento y el control de otras formas de infertilidad (no iatrogénica) no están cubiertos.

### **Cuidado de los pies**

Los servicios de podología (cuidado de los pies) están cubiertos cuando sean Médicamente Necesarios, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades que afecten al pie, el tobillo y las estructuras de la pierna. El cuidado rutinario de los pies es Médicamente Necesario cuando el individuo padece una afección metabólica, neurológica o vascular periférica que causa un deterioro circulatorio grave o zonas de sensibilidad reducida en las piernas o pies del individuo. Los cuidados rutinarios de los pies que no sean Médicamente Necesarios no están cubiertos.

### **Servicios para afirmación de género**

Están cubiertos los servicios para afirmación de género Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o el trastorno de identidad de género. Los Servicios Cubiertos incluyen, entre otros, la evaluación y el tratamiento de la salud mental, la cirugía, la terapia hormonal preoperatoria y posoperatoria, y la terapia del habla. Los servicios quirúrgicos incluyen histerectomía, ovariectomía, orquiectomía, cirugía genital, cirugía de senos, mastectomía y otras cirugías reconstructivas. No están cubiertos los servicios que no sean Médicamente Necesarios para el tratamiento de la disforia de género o el trastorno de identidad de género. Los servicios quirúrgicos deben ser realizados por un Proveedor de la Red y un centro calificados junto con una cirugía de afirmación de género o un plan de tratamiento de cirugía de afirmación de género documentado.

### **Servicios de habilitación**

Los beneficios están disponibles para los servicios de habilitación para pacientes ambulatorios. Los servicios de habilitación son terapias que le ayudan a aprender, mantener o mejorar las habilidades o el funcionamiento que necesita para las actividades de la vida diaria (*Assisted Reproductive Technologies, “ADL”*).

La cobertura de los servicios de habilitación debe ser proporcionada por un doctor de la red, un fisioterapeuta, logopeda o terapeuta ocupacional autorizado u otro proveedor de la red, que actúe dentro del ámbito de su licencia, para tratar afecciones físicas y Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias. En el caso del autismo, el Proveedor de la Red debe ser un proveedor calificado de servicios de autismo (*Qualified Autism Service, QAS*), un profesional de QAS o un paraprofesional de QAS para tratar el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo. Los Servicios Cubiertos están sujetos a la autorización de IEHP. Los servicios deben basarse en un

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

plan de tratamiento autorizado, tal y como lo solicita IEHP, y abordar las destrezas y habilidades necesarias de una persona para funcionar en la interacción con su entorno. IEHP puede revisar periódicamente el plan de tratamiento y los registros del proveedor para determinar la Necesidad Médica. Puede seguir recibiendo servicios de habilitación siempre que su tratamiento sea Médicamente Necesario.

Algunos ejemplos son la terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los Servicios Cubiertos pueden prestarse en diversos contextos de hospitalización o procesos ambulatorios. Los servicios de habilitación estarán cubiertos bajo los mismos términos y condiciones que aplican a los servicios de rehabilitación bajo esta EOC.

### **Servicios de asistencia médica a domicilio**

Los servicios de asistencia médica a domicilio se prestan en el hogar por enfermeras, trabajadores sociales médicos, auxiliares de salud en el hogar y fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y terapeutas del habla. Cubrimos la asistencia médica a domicilio solo si se cumplen todos los estándares que aparecen a continuación:

- Usted se encuentra esencialmente confinado en Su domicilio (o en el domicilio de un amigo o familiar dentro del área de servicio de IEHP) debido a una enfermedad o lesión. Esto significa que, normalmente, el miembro no puede salir de casa sin ayuda y que, cuando lo hace, debe ser para recibir atención médica o por razones no médicas breves y poco frecuentes, como un viaje para asistir a servicios religiosos o a un centro de cuidado para adultos.
- La atención de enfermería especializada es apropiada para el tratamiento médico de una afección, enfermedad o lesión. Los servicios sustituyen a una hospitalización continua, al internamiento en un centro de enfermería especializada o a los servicios ambulatorios prestados fuera del domicilio del miembro.
- Su enfermedad requiere los servicios de una enfermera, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla (los servicios de un auxiliar de salud en el hogar no están cubiertos a no ser que Usted también esté recibiendo atención médica a domicilio cubierta por parte de una enfermera, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional o un terapeuta del habla que solo pueda proporcionar un proveedor autorizado).
- Un Proveedor de la Red determina que es factible mantener una supervisión y control efectivos de Su atención en Su domicilio y que los servicios pueden prestarse de forma segura y eficaz en Su domicilio.
- Los servicios se prestan dentro de nuestra área de servicio.

Los beneficios están disponibles a través de un proveedor de infusión a domicilio de la red para la terapia de infusión a domicilio, enteral y de medicamentos inyectables. Los beneficios incluyen, entre otros:

- Visitas de enfermería especializada proporcionadas por una agencia de infusiones en el hogar.
- Terapia de infusión proporcionada en un centro de infusión de la red.
- Servicios de nutrición parenteral y suministros y soluciones relacionados.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Servicios de nutrición enteral y suministros y soluciones relacionados.
- Suministros médicos utilizados durante una visita cubierta.
- Medicamentos inyectados o administrados por vía intravenosa.

No existe un máximo de visitas por Año Civil para los servicios de la agencia de infusión a domicilio.

Este Beneficio no incluye lo siguiente (consulte las secciones "Medicamentos recetados" y "Cuidado de la diabetes"):

- Insulina
- Jeringas para insulina

Los servicios están limitados a los autorizados por IEHP a 100 visitas al año, 3 visitas al día, hasta 2 horas por visita (enfermera, trabajador social, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional o del habla) o hasta 4 horas para un auxiliar de salud en el hogar. Si un servicio puede prestarse en más de un lugar, IEHP trabajará con el proveedor para elegir el lugar.

Nota: Si la visita de una enfermera, trabajador social médico o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla dura más de 2 horas, cada incremento adicional de 2 horas cuenta como una visita independiente. Si la visita de un auxiliar de salud en el hogar dura más de 4 horas, cada incremento adicional de 4 horas cuenta como una visita independiente. Además, cada persona que preste servicios cuenta para estos límites de visitas. Por ejemplo, si tanto un auxiliar de salud en el hogar como una enfermera están en su casa durante las mismas 2 horas, eso cuenta como dos visitas.

Los servicios de cuidado de custodia y de enfermería privada, según la sección "Definiciones", y cualquier otro tipo de servicios principalmente para la comodidad o conveniencia del miembro, no están cubiertos, aunque estén disponibles a través de una agencia de atención médica a domicilio y sean Medicamento Necesarios. Los Servicios de Asistencia Médica a Domicilio no incluyen la enfermería privada ni la atención por turnos, incluida cualquier parte de los servicios de atención por turnos. La enfermería privada (o atención por turnos) no es un beneficio cubierto por este Plan, aunque esté disponible a través de una agencia de atención médica a domicilio o se determine que es Medicamento Necesaria.

### **Consultas médicas a domicilio**

Las visitas del doctor del miembro al domicilio del miembro están cubiertas a discreción del doctor, de acuerdo con las reglas y normas establecidas por IEHP, y si el doctor concluye que la visita está médica y razonablemente indicada en otros aspectos.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## Hospicio

Los cuidados de hospicio son una forma especializada de atención médica interdisciplinar diseñada para proporcionar atención médica paliativa y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un miembro debido a una enfermedad terminal. También proporcionan apoyo al cuidador principal y a la familia del miembro. Un miembro que opta por los cuidados de hospicio está eligiendo recibir atención médica paliativa para el dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad terminal, pero no recibir atención para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar Su decisión de recibir los beneficios de los cuidados de hospicio en cualquier momento.

Cubrimos los servicios de hospicio que se enumeran a continuación cuando se cumplen todos los requisitos indicados:

- Un proveedor participante le ha diagnosticado una enfermedad terminal y determina que Su esperanza de vida es de 12 meses o menos.
- Los Servicios Cubiertos se prestan dentro de nuestra área de servicio.
- Los servicios los presta una agencia de cuidados de hospicio autorizada por la red.
- Los servicios son necesarios para la paliación y el tratamiento de Su enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

Si se cumplen todos los requisitos anteriores, cubrimos los servicios de hospicio que se indican a continuación, que están disponibles las 24 horas del día si son necesarios para Sus cuidados de hospicio:

- Servicios de médicos participantes
- Atención de enfermería especializada, incluida la valoración, evaluación y administración de casos de las necesidades de enfermería También, el tratamiento para el control del dolor y los síntomas (atención médica paliativa), la prestación de apoyo emocional a Usted y a Su familia, y la capacitación a los cuidadores
- Fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla con el propósito de controlar los síntomas o permitirle mantener las ADL
- Terapia respiratoria
- Servicios sociales médicos
- Servicios de un asistente de salud en el hogar y de ayuda familiar
- Medicamentos paliativos recetados para el control del dolor y síntomas de la enfermedad terminal, según nuestras directrices sobre la lista de medicamentos cubiertos. Debe adquirir estos medicamentos en las farmacias del plan.
- Equipo médico duradero
- Artículos para la incontinencia
- Servicios de asesoramiento y duelo
- Asesoramiento nutricional
- Los siguientes cuidados durante los periodos de crisis en los que Usted necesita cuidados continuos para conseguir paliar o controlar los síntomas médicos agudos:
  - Atención de enfermería de forma continua durante las 24 horas del día que sea necesaria para mantenerle en casa

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Cuidados de hospitalización de corta duración requeridos a un nivel que no puede proporcionarse en casa

La inscripción en el programa de hospicio necesita autorización previa para un periodo determinado de cuidados basado en la certificación de elegibilidad de Su doctor. Sus cuidados de hospicio continúan hasta el siguiente periodo de cuidados cuando su doctor vuelva a certificar que Usted tiene una enfermedad terminal. La agencia de hospicio trabaja con Su doctor para garantizar que Su inscripción en los cuidados de hospicio continúe sin interrupción.

Los cuidados de relevo cuando sean necesarios para proporcionar un descanso a Sus cuidadores están cubiertos, de forma ocasional, limitados a un máximo de cinco (5) días consecutivos cada vez. IEHP puede autorizar la hospitalización o la atención médica a domicilio para el miembro.

Los Beneficios no incluyen:

- Los servicios prestados por una agencia de hospicio no contratada, excepto en determinadas circunstancias en las que no haya agencias de hospicio de la red en su área y los servicios estén previamente autorizados.
- Los cuidados de hospicio que no estén certificados o recertificados por Su médico.

### **Vacunas e inyecciones**

Las vacunas y las inyecciones están cubiertas e incluyen los servicios profesionales para inyectar los medicamentos. Están cubiertos los medicamentos inyectables aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”), administrados por un profesional de la salud en un consultorio. Los servicios de atención preventiva están cubiertos en la sección "Servicios de Atención Preventiva".

Existen beneficios para las pruebas de alergia y los servicios de inmunoterapia.

Los Beneficios incluyen:

- Pruebas de alergia sobre y bajo la piel, como las pruebas de punción, parche y raspado
- Preparación y suministro de suero para la alergia
- Inyecciones de suero para la alergia

Los beneficios están disponibles para las vacunas aprobadas por la FDA y recomendadas por el Servicio de Salud Pública de EE. UU. para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (*SIDA*).

Las vacunas necesarias para viajar no están cubiertas.

El proceso de autorización previa para los medicamentos recetados autoadministrados disponibles en una farmacia minorista, especializada o de entrega por correo se explica en la sección "Beneficios de Medicamentos Recetados".

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



## Terapia de infusión

La terapia de infusión para pacientes ambulatorios utilizada para administrar medicamentos cubiertos y otras sustancias por inyección o aerosol está cubierta cuando IEHP la autoriza y es apropiada para la enfermedad, lesión o afección del miembro.

La terapia de infusión incluye, entre otras cosas:

- Nutrición parenteral total (*Total parenteral nutrition, TPN*) (nutrición administrada por vía intravenosa)
- Terapia inyectada o intravenosa de antibióticos
- Quimioterapia
- Control del dolor inyectado o intravenoso
- Hidratación intravenosa (sustancias que se administran a través de la vena para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del paciente, o para facilitar el acceso a la vena)
- Aerosolterapia (administración de medicamentos u otras sustancias Medicamente Necesarias a través de un rocío de aerosol)
- Terapia tocolítica para detener el parto prematuro.

Los Servicios Cubiertos incluyen los servicios profesionales de la red (incluido el apoyo farmacéutico clínico) para pedir, preparar, componer, dispensar, entregar, administrar o controlar los medicamentos cubiertos u otras sustancias cubiertas utilizadas en la terapia de infusión.

Los suministros cubiertos incluyen los medicamentos recetados inyectables u otras sustancias que hayan sido aprobadas por el Departamento de Salud de California o la FDA para su uso general por el público. Se cubren otros suministros y DME Medicamente Necesarios para la infusión de medicamentos o sustancias cubiertos.

Todos los servicios deben ser facturados y realizados por un proveedor de la red autorizado por el estado. Solo se cubrirá un suministro para 30 días por entrega.

No se cubrirán los beneficios de terapia de infusión en los siguientes casos:

- Medicamentos de infusión administrados en un entorno hospitalario ambulatorio que puedan administrarse en el domicilio o en un centro de infusión no hospitalario
- Fármacos o medicamentos sin receta
- Cualquier medicamento con la etiqueta "Precaución, uso limitado por la ley federales para fines de investigación" o medicamentos en investigación no aprobados por la FDA
- Medicamentos u otras sustancias obtenidas fuera de EE. UU.
- Medicamentos homeopáticos o a base de plantas no aprobados por la FDA
- Medicamentos aprobados por la FDA o recetados para indicaciones no aprobadas por la FDA, o que no cumplan los estándares de la comunidad médica (excepto los medicamentos sin fines de investigación, aprobados por la FDA y utilizados para indicaciones diferentes a las que aparecen en la etiqueta cuando se hayan cumplido las condiciones de la ley estatal)
- Tratamiento con hormona del crecimiento

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Suministros utilizados por un proveedor de atención médica que son secundarios para la administración de la terapia de infusión, incluidos, entre otros: hisopos de algodón, vendas, tubos, jeringas, medicamentos y soluciones

### **Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados**

Los beneficios incluyen alojamiento y comida, como los siguientes:

- Habitación de hospital semiprivada, o habitación privada si es Medicamente Necesaria
- Unidades de cuidados especializados, incluidos cuidados intensivos para adultos, cuidados coronarios, cuidados intensivos pediátricos y neonatales y cuidados subagudos
- Cuidados de enfermería generales y especializados
- Comidas, incluidas las dietas especiales

Otros servicios y suministros para pacientes hospitalizados que sean Medicamente Necesarios, incluidos:

- Salas de operaciones, recuperación, labor de parto y alumbramiento, y otras salas de tratamiento especializado
- Anestesia, oxígeno y soluciones intravenosas
- Fármacos y medicamentos aprobados para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos que son suministrados por el hospital para su uso durante Su estancia
- Servicios y suministros de patología clínica, laboratorio, radiología y diagnóstico.
- Servicios y suministros de diálisis
- Sangre y productos sanguíneos
- Suministros médicos y quirúrgicos, dispositivos implantados quirúrgicamente, prótesis y aparatos
- Terapia de radiación, quimioterapia y suministros relacionados
- Servicios de terapia, incluida la fisioterapia, la terapia ocupacional, respiratoria y del habla
- Desintoxicación aguda
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en condiciones graves
- Servicios en la sala de emergencias que requieran de hospitalización posterior

Están cubiertos los servicios Medicamente Necesarios prestados por un médico, cirujano, cirujano asistente, enfermero anestesista o anestesista.

Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (incluidos alojamiento y comida, diagnóstico por imagen, laboratorio, procedimientos especiales y servicios de médicos participantes) cuando se realizan para tratar la obesidad mórbida mediante la modificación del tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, si se cumplen todos los requisitos que se indican a continuación:

- Terminó el programa educativo preparatorio prequirúrgico aprobado por IEHP sobre los cambios de estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un médico de la red especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es Medicamente Necesaria y es autorizada por IEHP.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Por los Servicios Cubiertos relacionados con procedimientos quirúrgicos bariátricos que Usted reciba, pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un procedimiento quirúrgico bariátrico. Por ejemplo, consulte el apartado "Estancia Hospitalaria" del Resumen de beneficios para conocer los costos compartidos que se aplican a los cuidados para pacientes ambulatorios.

Si Usted vive a 50 millas o más del centro de cirugía bariátrica de IEHP más cercano, tiene derecho a recibir el reembolso de los viáticos. Todas las solicitudes de reembolso de viáticos deben ser aprobadas previamente por IEHP.

Los viáticos aprobados se reembolsarán de la siguiente manera:

- Transporte del miembro hacia y desde el centro de realización de cirugía bariátrica de hasta \$130 por viaje para un máximo de cuatro (4) viajes (consulta de preparación preoperatoria, una consulta preoperatoria, la cirugía inicial y una consulta de seguimiento)
- Transporte para un acompañante (miembro o no) hacia y desde el centro de realización de cirugía bariátrica de hasta \$130 por viaje para un máximo de tres (3) viajes (consulta de preparación, la cirugía inicial y una consulta de seguimiento)
- Alojamiento en hotel para el miembro que no supere los \$100 por día para la consulta de preparación preoperatoria, la consulta preoperatoria y la consulta de seguimiento, hasta dos (2) días por viaje o según sea Medicamento Necesario Limitado a una habitación doble
- Alojamiento en hotel para un acompañante (miembro o no) que no supere los \$100 por día, con un máximo de cuatro (4) días para la preparación preoperatoria del miembro y la estancia por la cirugía inicial, y con un máximo de dos (2) días para la consulta de seguimiento Limitado a una habitación doble
- Otros gastos razonables que no superen los \$25 por día, hasta dos (2) días por viaje para la preparación preoperatoria, la consulta preoperatoria y la consulta de seguimiento, y hasta cuatro (4) días para la cirugía

Quedan excluidos los gastos de tabaco, alcohol, teléfono, televisión y ocio. Se requiere la presentación de la documentación adecuada, incluidos los recibos, para recibir el reembolso de los viáticos por parte de IEHP.

La cirugía reconstructiva está cubierta de la siguiente manera:

- Cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible
- Servicios de cirugía dental y ortodóncica directamente relacionados con la reparación del paladar hendido
- Cirugía y dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente

Esto no incluye la cirugía plástica que se realiza para alterar o cambiar la forma de estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia. No se incluyen los servicios dentales, los

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

suministros ni el tratamiento de los trastornos de la mandíbula, salvo lo establecido en las secciones "Servicios Dentales" y "Exclusiones y Limitaciones". La cirugía reconstructiva incluye los servicios dentales u ortodóncicos Médicamente Necesarios que forman parte integral de la cirugía reconstructiva para los procedimientos de paladar hendido. El paladar hendido incluye el paladar hendido, el labio leporino u otras anomalías craneofaciales asociadas al paladar hendido.

De acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (*Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, "WHCRA"*). La cirugía reconstructiva y los dispositivos protésicos implantados quirúrgicamente e implantados no quirúrgicamente (incluidos los sostenes protésicos) están cubiertos para cualquiera de los senos con el fin de restaurar y lograr la simetría después de una mastectomía. También se cubre el tratamiento de las complicaciones físicas de una mastectomía, incluidos los linfedemas. Los servicios Médicamente Necesarios serán determinados por el doctor que le atienda en Su consulta.

Los beneficios se proporcionarán de acuerdo con las directrices establecidas por IEHP y se desarrollarán conjuntamente con los cirujanos plásticos y reconstructivos, excepto según lo establezca la WHCRA.

Los beneficios de la WHCRA no incluyen:

- Cirugía plástica, que es la cirugía que se realiza para alterar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia
- Cirugía reconstructiva cuando exista un procedimiento más adecuado que sea aprobado
- Cirugía reconstructiva para crear una apariencia normal cuando solo ofrezca una mejora mínima de la apariencia
- Se requiere autorización previa y es posible que no se cubra si no se obtiene antes de recibir los servicios

### **Servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen**

Los beneficios están disponibles para los servicios de diagnóstico por imagen, patología y laboratorio de la red para evaluaciones preventivas o para diagnosticar o tratar enfermedades o lesiones. Algunos servicios pueden estar sujetos a autorización previa. Los beneficios incluyen, entre otros:

- Servicios de diagnóstico y terapéuticos por imagen, como radiografías y ultrasonido
- Imágenes radiológicas y nucleares, incluidas las tomografías computarizadas (*Computer Tomography, CT*), las tomografías por emisión de positrones (*Positron Emission Tomography, PET*) y las imágenes por resonancia magnética (*Magnetic resonance imaging, MRI*)
- Servicios de patología clínica
- Servicios de laboratorio
- Otras áreas de las pruebas diagnósticas, incluidas las respiratorias, neurológicas, vasculares, cardiológicas, genéticas y cerebrovasculares
- Diagnóstico prenatal de trastornos genéticos del feto en casos de embarazo de alto riesgo

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Terapia médica nutricional**

Los suplementos dietéticos, nutricionales y las fórmulas especializadas no están cubiertos, excepto cuando se recetan para el tratamiento de la fenilcetonuria (*Phenylketonuria, PKU*) o según lo indicado en las recomendaciones de grado A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (*U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF*) Los artículos deben formar parte de una dieta recetada y controlada por un doctor o un Proveedor de Atención Médica debidamente autorizado.

Los beneficios incluyen fórmulas enterales y productos alimentarios especiales para el tratamiento dietético de la PKU.

Los Beneficios no incluyen:

- Alimentos de supermercado utilizados por la población en general
- Alimentos naturalmente bajos en proteínas, a menos que estén especialmente formulados para tener menos de un gramo de proteínas por ración

Los suplementos dietéticos o nutricionales y las fórmulas especializadas pueden estar cubiertos si se consideran Medicamento Necesarios para tratamientos de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias cuando el suplemento dietético o nutricional o la fórmula especializada sea un componente de un plan de tratamiento de la Salud del Comportamiento. El plan de tratamiento debe ser prestado por un Proveedor de la Red calificado para el tratamiento del diagnóstico de Trastorno de Salud Mental y por Consumo de Sustancias La cobertura de los suplementos dietéticos o nutricionales y de las fórmulas especializadas debe ser autorizada por IEHP. IEHP cubrirá solo aquellos servicios para Trastornos de Salud Mental y por el Consumo de Sustancias que sean prestados por Proveedores de la Red que tengan licencia según la ley de California y que estén actuando dentro del alcance de dicha licencia, o según lo autorice la ley de California.

### **Servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias**

Proporcionamos cobertura para el tratamiento Medicamento Necesario de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, incluidas las afecciones de salud mental materna (consulte la definición de Tratamiento Medicamento Necesario de un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias). Cubrimos todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias que aparecen en la versión más reciente del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*) o la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades. (Consulte la sección 1374.72(a) del Código de Salud y Seguridad de California). Para obtener más información sobre los criterios de revisión clínica, educación y materiales de capacitación de las asociaciones sin fines de lucro para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Algunos servicios y suministros para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias requieren autorización previa de IEHP para ser cubiertos. Los servicios y suministros para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias que requieren autorización previa se enumeran en la sección "Especialistas, Atención de Referencia y Autorizaciones".

No cubrimos los servicios para afecciones que el DSM identifique como algo distinto a un "trastorno mental". Por ejemplo, el DSM identifica los problemas de relación como algo distinto a un "trastorno mental", por lo que no cubrimos los servicios (como la terapia de parejas o terapia familiar) para los problemas de relación. Para saber más sobre las limitaciones y exclusiones, lea la sección "Exclusiones y Limitaciones" de esta EOC.

Servicios ambulatorios: cubrimos los servicios que se indican a continuación cuando los prestan Doctores de la Red u otros Proveedores de la Red que son profesionales de atención autorizados y que actúan dentro del alcance de su licencia:

- Evaluación, tratamiento y cuidados de salud mental
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas psicológicas cuando sean clínicamente necesarias para evaluar un trastorno de salud mental
- Gestión de los medicamentos y seguimiento de la terapia de medicamentos.
- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda

Otros servicios para pacientes ambulatorios con Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias incluyen, entre otros:

- Tratamiento de Salud del Comportamiento: servicios profesionales y programas de tratamiento, incluidos los programas de intervención basados en la evidencia de análisis conductual aplicado, recetados por un doctor, psicólogo certificado o proveedor calificado de servicios para el autismo, y proporcionados conforme a un plan de tratamiento aprobado por IEHP para desarrollar o restablecer, en la medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno generalizado del desarrollo o trastorno del espectro autista.
  - a. El plan de tratamiento debe tener objetivos cuantificables a lo largo de un calendario específico que elabore y apruebe el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo para el paciente concreto que esté siendo tratado, y debe ser revisado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo al menos una vez cada seis meses y modificado siempre que sea apropiado. El plan de tratamiento no debe utilizarse para proporcionar o para el reembolso de servicios de relevo, de guardería o educativos, ni para reembolsar a un padre por participar en un programa de tratamiento.
  - b. El Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo debe presentar planes de tratamiento actualizados a IEHP para la continuación del tratamiento de salud del comportamiento más allá de los seis meses iniciales, y en intervalos continuos de no más de seis meses a partir de ese momento. El plan de tratamiento actualizado debe

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

incluir pruebas documentadas de que se está progresando hacia los objetivos establecidos en el plan de tratamiento inicial.

- c. IEHP puede denegar la cobertura para el tratamiento continuo si no se cumplen los requisitos anteriores o si no se demuestra la eficacia continua del tratamiento.
- Terapia electroconvulsiva: el paso de una pequeña corriente eléctrica a través del cerebro para inducir una convulsión, utilizada en el tratamiento de la depresión grave.
  - Programa de Servicios Intensivos para Pacientes Ambulatorios: atención para pacientes ambulatorios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias cuando Su estado requiera estructura, control e intervención médica o psicológica al menos tres horas al día, tres días a la semana.
  - Tratamiento de opioides en el consultorio: mantenimiento del trastorno por consumo de sustancias.
  - Tratamiento de mantenimiento con metadona.
  - Programa de Hospitalización Parcial: un programa de tratamiento ambulatorio que puede realizarse en un centro independiente o en un centro hospitalario y que proporciona servicios al menos cinco horas al día, cuatro días a la semana, cuando Usted es admitido directamente o transferido desde la atención hospitalaria aguda después de la estabilización.
  - Estimulación magnética transcranial: un método no invasivo de administrar estimulación eléctrica al cerebro para el tratamiento de la depresión grave.

Servicios para pacientes hospitalizados.

Los beneficios están disponibles para los servicios del centro de hospitalización y los servicios profesionales que sean médicamente necesarios para el tratamiento de los Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias en:

- Un hospital; o
- Un centro de tratamiento residencial independiente que proporcione atención las 24 horas del día cuando Usted no requiera atención hospitalaria aguda.

Se puede recurrir a cualquier hospital psiquiátrico en caso de emergencia psiquiátrica sin autorización. Las condiciones psiquiátricas de emergencia se definen como cuando Usted tiene pensamientos o acciones de hacerse daño a sí mismo o a otra persona.

IEHP cubre el costo de las evaluaciones y los servicios prestados en virtud de un Programa de la Corte de Asistencia, Recuperación y Rehabilitación Comunitaria (*Community Assistance, Recovery, and Empowerment, CARE*) Los servicios disponibles a través del acuerdo o plan CARE deben ser aprobados por un tribunal y están disponibles sin autorización previa ni costos compartidos. Los medicamentos recetados incluidos en un acuerdo CARE están sujetos a autorización previa y Usted deberá pagar el copago aplicable.

Se cubren los servicios residenciales transitorios de recuperación para el trastorno por consumo de sustancias en un hogar de recuperación certificado cuando IEHP lo apruebe.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

*Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción:* IEHP cumple con la Ley federal de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción. IEHP se asegura de que los requisitos financieros y las limitaciones de tratamiento de los beneficios de Servicios por Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias proporcionados no sean más restrictivos que los de los beneficios médicos o quirúrgicos.

### **Segunda opinión de un Profesional de la Salud Mental**

Puede solicitar una segunda opinión cuando:

- Su Profesional de la Salud Mental de la Red emita un diagnóstico o recomiende un plan de tratamiento con el que Usted no esté satisfecho.
- Usted no esté satisfecho con el resultado del tratamiento que ha recibido.
- Cuestione la razonabilidad o necesidad de los procedimientos quirúrgicos recomendados.
- Se le diagnostique o se le recomiende un plan de tratamiento para una afección que amenace con la pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal, o con un deterioro sustancial, incluida, entre otras, una condición crónica grave.
- Su Doctor de Cuidado Primario o un doctor de referencia no pueda diagnosticar Su enfermedad o los resultados de las pruebas sean contradictorios.
- El plan de tratamiento en curso no esté mejorando Su estado de salud en un periodo adecuado para el diagnóstico y el plan de cuidados.
- Usted haya intentado seguir el plan de cuidados, consultado con el Doctor de Cuidado Primario inicial o con un doctor de referencia debido a serias dudas sobre el diagnóstico o el plan de cuidados.

Para solicitar una autorización para una segunda opinión, póngase en contacto con IEHP. IEHP revisará Su solicitud de acuerdo con la política de segunda opinión. Cuando Usted solicite una segunda opinión, deberá pagar los Copagos aplicables. Puede obtener una copia de esta política visitando [iehp.org](http://iehp.org) o llamando a Servicios para Miembros de IEHP.

Solo se autorizarán segundas opiniones para los Profesionales de Salud Mental de la Red, a menos que se demuestre que un Profesional de Salud Mental de la Red debidamente calificado no está disponible. IEHP se asegurará de que el proveedor seleccionado para la segunda opinión esté debidamente certificado y tenga experiencia en el área clínica específica en cuestión.

Cualquier servicio recomendado por la segunda opinión debe ser autorizado por IEHP para ser cubierto.

A menos que sea médicamente necesario para tratar un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, IEHP no cubre:

- Las Terapias Alternativas son terapias con pruebas inadecuadas en la literatura médica publicada y revisada por expertos sobre su eficacia y se consideran prácticas no probadas que no deben utilizarse en lugar de la medicina convencional. Esto no incluye las Terapias Alternativas recientemente aprobadas como prácticas basadas en la evidencia.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- La biorretroalimentación, a menos que el tratamiento sea Medicamento Necesario y recetado por un médico y cirujano certificado o por un psicólogo certificado.
- Servicios prestados por personas sin licencia cuando se requiera una licencia para prestar el servicio.
- Tratamiento con el fin de proporcionar servicios de relevo, guardería o educativos, o para reembolsar a un padre por su participación en el tratamiento.

### **Suministros para ostomía y urología**

Los suministros para ostomía y urología están cubiertos por la prestación "Prótesis" e incluyen los siguientes artículos:

- Adhesivos (líquido, pincel, tubo, disco o almohadilla)
- Eliminadores de adhesivos
- Cinturones (hernia u ostomía)
- Catéteres (permanente, foley, intermitente, catéter externo masculino con cámara de recolección integral)
- Equipo de inserción de catéteres
- Limpiadores
- Bolsas o botellas para drenaje: para la cama y la pierna
- Suministros para vendajes
- Suministros de irrigación
- Lubricantes
- Dispositivos de recolección externos para hombre y mujer
- Varios suministros (conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes para ostomía; dispositivos de fijación de tubos de drenaje; guantes; tapones de estoma; tapones de colostomía; insertos de ostomía; jeringas, bombillas y pistones de irrigación; tubos; abrazaderas y tapones de catéter, correas para las piernas y dispositivos de anclaje; abrazaderas y dispositivos de compresión peneana o uretral)
- Anillos de ostomía y placas frontales
- Bolsas (urinarias, drenables, de ostomía) y cierres de bolsas
- Protecciones cutáneas
- Sellador para la piel
- Paquetes estériles individuales
- Cinta (de todos los tamaños, impermeable y no impermeable)
- Suministros para la incontinencia de los pacientes de hospicio: almohadillas desechables para la incontinencia, prendas para la incontinencia de adultos

### **Centro para pacientes ambulatorios y servicios quirúrgicos**

Están cubiertos los servicios profesionales de la red, los servicios para pacientes ambulatorios en un centro hospitalario y la cirugía ambulatoria realizada en un Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Servicios profesionales prestados en un departamento ambulatorio de un Hospital, incluidos, entre otros:

- Una consulta con un doctor
- Terapia de rehabilitación (incluida la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y la terapia de rehabilitación pulmonar)
- Terapia de rehabilitación cardíaca
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías, terapia de radiación y quimioterapia

Los servicios profesionales están sujetos al mismo Copago o Coseguro cuando estos servicios son prestados por otros proveedores de la red.

Muchos de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios más comunes pueden realizarse en un Centro de Cirugía Ambulatoria. Su costo en un Centro de Cirugía Ambulatoria puede ser menor al que tendría la misma cirugía ambulatoria realizada en un Hospital.

### **Asma infantil**

Este Plan cubre los servicios para tratar el asma infantil. Los inhaladores para el asma y los espaciadores para inhaladores están cubiertos por los beneficios de Medicamentos Recetados. Consulte la sección "Equipo Médico Duradero" para obtener información adicional sobre la cobertura.

### **Servicios dentales pediátricos**

Todos los Beneficios deben ser proporcionados por el dentista primario del miembro para recibir los Beneficios de este plan dental. Este plan dental no proporciona Beneficios por servicios y suministros proporcionados por un dentista que no sea el dentista primario de miembro, excepto según se describe en la parte de "Servicios Dentales Pediátricos" de la sección "Introducción a IEHP".

Los servicios dentales pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el individuo cumpla 19 años.

### *Elección del proveedor*

Cuando se inscriba, deberá elegir un dentista general seleccionado de nuestra red. Consulte el Directorio de dentistas participantes para obtener una lista completa de los dentistas generales seleccionados.

### **Servicios dentales Medicamente Necesarios**

Los servicios dentales Medicamente Necesarios son los beneficios dentales necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, encías y estructuras de soporte de un miembro según los estándares de práctica profesionalmente reconocidos y son:

- Necesarios para tratar el deterioro, las enfermedades o las lesiones de los dientes; o

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Esenciales para el cuidado de los dientes y los tejidos de soporte de los dientes

### *Copagos*

Cuando reciba atención de un dentista general o de un Especialista, Usted pagará el Copago descrito en Su "Resumen de Beneficios Dentales". Cuando le refieran a un Especialista, Su Copago podrá ser una cantidad fija en dólares o un porcentaje de la tarifa habitual y acostumbrada del dentista. Consulte el "Resumen de Beneficios Dentales" para obtener detalles específicos. Cuando haya pagado el Copago requerido, si lo hubiera, habrá pagado la totalidad. Si decide recibir los servicios de un proveedor no contratado, puede ser responsable ante el proveedor no contratado del costo de los servicios, a menos que nosotros lo autoricemos o de acuerdo con las disposiciones de atención médica de emergencia.

### *Servicio al cliente dental*

Le proporcionamos acceso gratuito a los Servicios para Miembros de Liberty Dental para ayudarle con preguntas sobre la cobertura de beneficios, a resolver problemas o cambiar de clínica dental. Puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros de Liberty Dental llamando al 1-888-LIBERTY, de lunes a viernes, 8am-5pm.

### **Servicios de la vista pediátricos**

Los servicios de la vista pediátricos están cubiertos hasta el último día del mes en que el individuo cumpla 19 años.

Todos los Servicios de la vista pediátricos Cubiertos deben ser proporcionados por un Proveedor de la Vista de la Red de IEHP para recibir beneficios bajo este plan. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para obtener ayuda para encontrar Proveedores de la Vista de la Red o visite nuestro sitio web en [iehp.org](http://iehp.org). Este plan no cubre los servicios y materiales proporcionados por un proveedor que no sea un Proveedor de la Vista de la Red. El Proveedor de la Vista de la Red es responsable de la prestación, dirección y coordinación del cuidado de la vista completo del miembro.

Cuando Usted reciba beneficios de un Proveedor de la Vista de la Red, solo deberá pagar el monto del Copago aplicable que se indica en la sección "Servicios de la Vista Pediátricos" del "Programa de Beneficios". En el caso de los materiales, Usted es responsable del pago de cualquier cantidad que supere las asignaciones especificadas en la parte "Servicios de la Vista Pediátricos" del "Programa de Beneficios".

### *Examen*

Exámenes rutinarios de la vista optométricos u oftalmológicos (incluidas las refracciones) realizados por un optometrista u oftalmólogo certificado, para el diagnóstico y la corrección de la vista, con el máximo de consultas que se indica en el "Programa de Beneficios".

### *Adaptación de lentes de contacto y examen de seguimiento*

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Si el miembro solicita o necesita lentes de contacto, se realizará un examen adicional para la adaptación y el seguimiento de los lentes de contacto, como se indica en el "Programa de Beneficios". Los exámenes de seguimiento para lentes de contacto incluyen hasta dos (2) consultas posteriores con el mismo proveedor que realizó el examen inicial de adaptación de los lentes de contacto.

Este Plan cubre tanto los lentes de contacto estándar como los premium. La adaptación y el seguimiento estándar de los lentes de contacto se aplica a los lentes de contacto blandos, esféricos y de uso diario de aplicación rutinaria para graduaciones monofocales. La adaptación y el seguimiento estándar de los lentes de contacto no incluyen el uso prolongado o nocturno para ninguna receta médica. La adaptación y el seguimiento de los lentes de contacto premium se utilizan en aplicaciones complejas, incluidas, entre otras, las lentes tóricas, bifocales, multifocales, cosméticas de color, posquirúrgicas y permeables al gas. La adaptación y el seguimiento de los lentes de contacto premium incluye el uso prolongado y nocturno para cualquier receta médica.

#### *Visión reducida*

Este Plan cubre una evaluación completa de la visión reducida cada 5 años y apoyo para la visión reducida, incluidas gafas de alta potencia, lupas, telescopios, y tratamiento continuo (limitado a 4 consultas cada 5 años con un cargo máximo de \$100 por cada cita de seguimiento).

#### *Materiales: armazones*

Si un examen indica la necesidad de lentes, este beneficio de la vista cubrirá un armazón, hasta el número máximo descrito en el "Programa de Beneficios".

#### *Materiales: lentes*

Si como resultado de un examen se recetan lentes correctivos por primera vez o si un usuario actual de lentes necesita lentes nuevos, este plan de la vista cubrirá un par de lentes sujeto al beneficio máximo que se especifica en el "Programa de Beneficios".

Los lentes cosméticos, incluidos los lentes de contacto, solo están cubiertos cuando existe la necesidad de corregir la visión.

#### *Lentes de contacto Medicamento Necesarios*

La cobertura de las recetas médicas para lentes de contacto Medicamento Necesarios está sujeta a la necesidad médica y a todas las exclusiones y limitaciones aplicables. Los lentes de contacto se consideran Medicamento Necesarios para las siguientes afecciones:

- Después de una cirugía de cataratas
- Queratocono
- Anisometropía
- Astigmatismo

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Hipermetropía
- Miopía

Se puede determinar que los lentes de contacto son Medicamento Necesarios en el tratamiento de estas afecciones: queratocono, miopía patológica, afaquia, anisometropía, aniridia, trastornos corneales, trastornos postraumáticos y astigmatismo irregular.

Para obtener más información sobre la cobertura de los lentes de contacto Medicamento Necesarios para tratar afecciones de aniridia, consulte la sección anterior "Suministros Médicos Duraderos".

#### *Lentes de contacto para afecciones de afaquia*

Los lentes de contacto especiales están cubiertos cuando se prescriben para afaquia. Hasta seis lentes de contacto para afáquicos Medicamento Necesarios por ojo (incluida la adaptación y la dispensación) por Año Civil para tratar la afaquia (ausencia del cristalino del ojo). No cubriremos lentes de contacto para afáquicos si proporcionamos un subsidio para (o cubrimos de otro modo) más de seis lentes de contacto para afáquicos para ese ojo durante el mismo Año Civil. Para los adultos de 19 años o más, consulte la sección "Equipo Médico Duradero" más arriba para obtener más información.

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

La cobertura de las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) incluye las fórmulas y los productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un doctor y administrada por un profesional de la atención médica certificado, en consulta con un doctor especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas. La dieta debe considerarse Medicamento Necesaria para prevenir el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o funcionamiento normal. Solo se cubren los gastos que superen el costo de una dieta normal.

"Fórmula" es un producto enteral o productos enterales para uso en el hogar que receta un Doctor de la Red o enfermera con práctica médica, o que ordena un nutricionista registrado por referencia de un proveedor de atención médica autorizado para recetar tratamientos dietéticos, como Medicamento Necesario para el tratamiento de la PKU.

"Producto alimentario especial" es un producto alimentario recetado por un Doctor de la Red para el tratamiento de la PKU y utilizado en lugar de los productos alimentarios normales, como los alimentos del supermercado. No incluye un alimento naturalmente bajo en proteínas.

Otras fórmulas especializadas y los suplementos nutricionales no están cubiertos.

#### **Servicios de embarazo y maternidad**

Están cubiertos los servicios hospitalarios y profesionales para el embarazo, incluidos, entre otros:

- Atención prenatal

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Cuidados posnatales
- Complicaciones involuntarias durante el embarazo
- Servicios de hospital para pacientes hospitalizados, incluido el trabajo de parto
- Atención durante y después del parto
- Circuncisión electiva del recién nacido en los 18 meses siguientes al nacimiento
- Servicios de interrupción del embarazo
- Condiciones de salud mental antes y después del parto

La Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres exige a los planes de salud proporcionar una estancia mínima en el Hospital para la madre y el recién nacido durante las 48 horas después de un parto vaginal normal y durante las 96 horas después de una cesárea. Las estancias más largas en el hospital requerirán autorización. La realización de cesáreas debe estar autorizada.

El doctor tratante, en consulta con la madre, puede determinar que una estancia más corta es adecuada. Si Su estancia en el Hospital es inferior a la estancia mínima, puede recibir una cita de seguimiento con un Proveedor de Atención Médica cuyo alcance de práctica incluya los cuidados posparto y del recién nacido. Esta consulta de seguimiento puede realizarse en casa o como paciente ambulatorio, según sea necesario. Esta consulta incluirá información para los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna o con biberón, y cualquier evaluación física necesaria para la madre y el niño. No se requiere autorización previa.

En los casos de embarazo de alto riesgo identificado, también están cubiertos los procedimientos de diagnóstico prenatal, las pruebas de alfafetoproteína y las pruebas genéticas del feto. Los procedimientos de diagnóstico prenatal incluyen los servicios prestados por el Programa de Detección Prenatal de California (anteriormente Programa Ampliado de Alfafetoproteína) administrado por el Departamento de Salud Pública del Estado de California y están cubiertos sin costo alguno para los miembros.

Los servicios preventivos para el embarazo, así como aparecen en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. con puntuación A y B, y en el Servicio Preventivo para la Mujer de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (“*HRSA*”), están cubiertos como Servicios de Atención Preventiva. Los exámenes prenatales, los suplementos prenatales y la primera consulta de seguimiento posparto están cubiertos como Atención Preventiva.

Consulte la sección "Laboratorio y Diagnóstico por Imagen" y "Servicios Preventivos" para saber más sobre la cobertura de las pruebas genéticas y los procedimientos diagnósticos relacionados con el embarazo y la atención médica durante el embarazo y parto.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## Servicios de Atención Preventiva

Los Servicios de Atención Preventiva están cubiertos para niños y adultos, según las indicaciones de Su PCP con base en las directrices de estos recursos:

- Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (“*USPSTF*”) con puntuación A y B ([www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/))
- El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices*, “*ACIP*”) que han sido adoptadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>)
- Directrices para la atención sanitaria preventiva de infantes, niños, adolescentes y mujeres respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (“*HRSA*”) ([www.hrsa.gov/womensguidelines/](http://www.hrsa.gov/womensguidelines/))

IEHP solo cubre los Servicios de Atención Preventiva cuando Usted los recibe de un proveedor de la red.

Los beneficios incluyen, entre otros:

- Artículos, fármacos o servicios basados en la evidencia con una calificación de A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (“*USPSTF*”). Esto incluye:
  - Evaluaciones periódicas de salud
  - Pruebas preventivas de audición y visión
  - Pruebas de presión arterial, diabetes y colesterol
  - Detección del cáncer, como el cáncer colorrectal, el cáncer de cuello de útero, el cáncer de los senos y el cáncer de próstata
  - Detección del VPH
  - Detección, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis
  - Educación sobre la Salud
- Las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades O la versión más actual del Programa recomendado de inmunización infantil/EE. UU. (adoptado por la American Academy of Pediatrics, el Advisory Committee on Immunization Practices y la American Academy of Family Physicians)
- Pruebas y cuidados preventivos basados en evidencia para bebés, niños y adolescentes, así como aparecen en las directrices integrales apoyadas por la HRSA Incluida la detección del riesgo de exposición al plomo y los niveles de plomo en sangre en niños con riesgo de intoxicación por plomo
- Asesoramiento, evaluación e inmunizaciones para garantizar embarazos saludables
- Citas médicas preventivas para bebés y niños realizadas de forma periódica
- Detección y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (*VIH*).
- Consultas para el bienestar de la mujer.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Programa de Detección Prenatal de California
- Atención preventiva y evaluaciones adicionales para las mujeres que no se describen anteriormente, según lo dispuesto en las directrices integrales apoyadas por la HRSA Para obtener más detalles, consulte la sección "Beneficios de Planificación Familiar".
- Evaluaciones de desarrollo para diagnosticar y evaluar posibles retrasos en el desarrollo
- Asesoramiento sobre temas como dejar de fumar, lactancia, pérdida de peso, alimentación sana, tratamiento de la depresión, prevención de enfermedades de transmisión sexual y reducción del consumo de alcohol

Los servicios de Atención Preventiva para mujeres también incluyen la evaluación de diabetes gestacional, asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos para mujeres aprobados por la FDA y asesoramiento sobre anticonceptivos, apoyo, suministros y asesoramiento sobre lactancia materna y evaluación y asesoramiento sobre violencia doméstica.

Se cubrirá un extractor de leche y los suministros necesarios para su funcionamiento (como lo indique Su doctor) por cada embarazo, sin costo alguno para la miembro. Determinaremos el tipo de equipo, si hay que rentarlo o comprarlo y el proveedor que lo suministra. Esto incluye un extractor de leche de venta al público (ya sea un extractor de leche manual o uno eléctrico estándar) según lo recetado por Su doctor. Puede averiguar cómo obtener un extractor de leche llamando a Servicios para miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

Si hay una nueva recomendación o directriz en cualquiera de los recursos descritos anteriormente, IEHP implementará la cobertura para cumplir con los requisitos estatales o federales aplicables. La cobertura comenzará para los años del plan (basados en años civiles) que comiencen un año después de la fecha de recomendación o en cualquier otra fecha que exija la ley.

### **Servicios profesionales y visitas al consultorio**

Los Beneficios están disponibles para los servicios realizados por un Doctor de la Red, cirujano u otro Proveedor de Atención Médica de la Red para diagnosticar o tratar una afección médica.

Los Beneficios incluyen, entre otros:

- Visitas al consultorio para examen, diagnóstico, asesoramiento, educación, consulta y tratamiento
- Visitas al consultorio de Especialistas
- Visitas al centro de cuidado de urgencia
- Segundas opiniones médicas
- Administración de medicamentos inyectables
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital, Centro de Enfermería Especializada, Centro de Tratamiento Residencial o Sala de emergencias.
- Citas a domicilio a discreción del proveedor.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Telesalud o consultas virtuales, proporcionadas a distancia mediante tecnologías de la comunicación, para examen, diagnóstico, asesoramiento, educación y tratamiento.

### **Prótesis y aparatos de ortopedia**

Los Beneficios están disponibles para los aparatos y dispositivos protésicos utilizados para reemplazar una parte de Su cuerpo que falte o no funcione, incluida la adaptación y el ajuste, así como los suministros relacionados. IEHP seleccionará al proveedor o suministrador de los artículos. Si dos o más tipos de dispositivos o aparatos médicamente apropiados están disponibles, IEHP determinará qué dispositivo o aparato se cubrirá. El dispositivo debe estar entre los que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado para uso general.

Los Beneficios incluyen, entre otros:

- Prótesis de voz traqueoesofágica (por ejemplo, el dispositivo Singer) y laringe artificial para el habla después una laringectomía
- miembros y ojos artificiales
- Dispositivos implantados internamente como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos osteointegrados y articulaciones de cadera
- Lentes de contacto para tratar afecciones oculares como el queratocono, la queratoconjuntivitis seca, aniridia, o para tratar la afaquia después una operación de cataratas cuando no se ha implantado una lente intraocular
- Suministros necesarios para el funcionamiento de las prótesis
- Reemplazo del aparato al final de su vida útil prevista
- Reparación debida al desgaste normal

Además, la fórmula enteral para los miembros que requieran alimentación por sonda está cubierta de acuerdo con las directrices de Medicare.

Están cubiertas las prótesis para restablecer la simetría tras una mastectomía Médicamente Necesaria (incluida la tumorectomía) y las prótesis para restablecer la simetría y tratar complicaciones, incluido el linfedema. Los vendajes y prendas para linfedema están cubiertos, así como hasta tres (3) sostenes para sujetar una prótesis en un periodo de 12 meses.

Los Beneficios no incluyen:

- Dispositivos de ayuda para el habla o el lenguaje, excepto los indicados
- Artículos de reserva o alternativos
- Reparación o reemplazo por pérdida o uso indebido

Los Beneficios están disponibles para los equipos y dispositivos ortopédicos que Usted necesite para realizar las actividades de la vida diaria. Los aparatos ortopédicos son dispositivos utilizados para apoyar, alinear, prevenir o corregir deformidades o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo. Los Beneficios incluyen, entre otros:

- Calzado solo cuando esté permanentemente unido a dispositivos ortopédicos

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Calzado especial necesario por desfiguración del pie causada por enfermedad, trastorno, accidente o discapacidad del desarrollo
- Rodilleras ortopédicas para la rehabilitación posoperatoria después de una operación de ligamentos, inestabilidad debida a una lesión y para reducir el dolor y la inestabilidad en pacientes con artrosis
- Plantillas ortopédicas rígidas hechas a la medida ordenadas por un doctor o podólogo y utilizadas para tratar problemas mecánicos del pie, el tobillo o la pierna impidiendo el movimiento y la posición anormales cuando no se ha producido mejoría con una prueba de correas o un dispositivo estabilizador de venta libre
- Adaptación y ajuste del aparato
- Reemplazo del aparato al final de su vida útil prevista
- Reparación debida al desgaste normal

Los Beneficios no incluyen:

- Dispositivos ortopédicos destinados a proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas
- Zapatos ortopédicos y otros aparatos de apoyo para los pies, excepto los indicados
- Artículos de reserva o alternativos
- Reparación o reemplazo por pérdida o uso indebido

### **Terapia de rehabilitación**

Los Beneficios están disponibles para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Los servicios de rehabilitación le ayudan a recuperar las habilidades y la capacidad funcional que necesita para realizar las ADL cuando está incapacitado por una lesión o enfermedad.

Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Su Doctor de la Red o Proveedor de Atención Médica de la Red debe preparar un plan de tratamiento. El tratamiento debe ser proporcionado por un Proveedor de Atención Médica debidamente autorizado o certificado. Puede seguir recibiendo servicios de rehabilitación siempre que Su tratamiento sea Médicamente Necesario. IEHP puede revisar periódicamente el plan de tratamiento y los registros del proveedor para determinar la Necesidad Médica.

Los servicios de terapia de rehabilitación cardíaca proporcionados en relación con el tratamiento de enfermedades cardíacas están cubiertos cuando sean Médicamente Necesarios.

Los servicios de terapia de rehabilitación pulmonar prestados en relación con el tratamiento de una deficiencia respiratoria crónica están cubiertos cuando sean Médicamente Necesarios y cuando se demuestre mediante pruebas objetivas una mejora funcional continua en respuesta al plan de tratamiento.

Consulte la sección "Servicios Hospitalarios" para conocer más sobre los beneficios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y la sección "Servicios de Asistencia Médica a

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Domicilio" para conocer más detalles sobre la cobertura de los servicios de rehabilitación prestados a domicilio.

### **Segunda opinión de un Médico**

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión cuando:

- Su Médico de Atención Primaria o un médico de referencia le dé un diagnóstico o recomiende un plan de tratamiento con el que Usted no esté satisfecho;
- No esté satisfecho con el resultado del tratamiento que ha recibido;
- Se le diagnostique o se le recomiende un plan de tratamiento para una afección que amenace con la pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal, o con un deterioro sustancial, incluida, entre otras, una condición crónica grave; o
- Su Doctor de Cuidado Primario o un doctor de referencia no pueda diagnosticar Su enfermedad o los resultados de las pruebas sean contradictorios.

Para solicitar una autorización para una segunda opinión, comuníquese con su PCP o con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711). IEHP revisará Su solicitud de acuerdo con los procesos y plazos de IEHP, según se indica en la política de segunda opinión. Cuando solicite una segunda opinión, Usted será responsable de cualquier Copago o Coseguro aplicable. Puede obtener una copia de esta política en Servicios para Miembros de IEHP. Todas las segundas opiniones autorizadas deben ser proporcionadas por un Doctor de la Red que tenga formación y experiencia en la enfermedad, dolencia o afección asociada a la solicitud.

### **Atención de enfermería especializada**

Cubrimos hasta 100 días de atención de enfermería especializada para pacientes hospitalizados prestada por un centro de enfermería especializada participante. Los servicios se autorizan previamente antes de comenzar. Los servicios de hospitalización especializada deben ser proporcionados de manera habitual por un Centro de Enfermería Especializada de la red y superar el nivel de cuidado de custodia o intermedio. No se requiere una estancia previa en un hospital de cuidados agudos para ser elegible para el Cuidado en Centros de Enfermería Especializada. Cubrimos estos servicios:

- Servicios médicos y de enfermería.
- Alojamiento y comida.
- Medicamentos recetados por un Proveedor de la Red como parte de Su plan de cuidados en el Centro de Enfermería Especializada participante de acuerdo con Nuestras Directrices de la Lista de Medicamentos Cubiertos. Los medicamentos se le administran en el Centro de Enfermería Especializada participante por personal médico.
- DME de acuerdo con nuestro formulario de equipos médicos duraderos, si los centros de enfermería especializada suministran habitualmente el equipo.
- Servicios de diagnóstico por imagen y de laboratorio que prestan habitualmente los Centros de Enfermería Especializada.
- Servicios sociales médicos

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Sangre, productos sanguíneos y su administración
- Material médico
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Terapia respiratoria
- Tratamiento de Salud del Comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo

Los cuidados en una habitación de dos o más personas están cubiertos. Los Beneficios para una habitación privada se limitan a la tarifa más común del centro por una habitación de dos camas, a menos que una habitación privada sea Médicamente Necesaria. Los Beneficios no incluyen los servicios continuos de enfermería prestados por una enfermera certificada o una enfermera especialista certificada, de forma individual, en régimen de hospitalización ni a domicilio. Estos servicios no cubiertos también pueden describirse como "atención por turnos" o "enfermería privada". Los servicios cubiertos no incluyen:

- Cuidado de custodia
- Cuidados que un Familiar o alguien inexperto y no certificado podría proporcionar con seguridad y eficacia
- Atención médica en el domicilio si el entorno del hogar no permite un tratamiento seguro y eficaz

### **Medicamentos implantados quirúrgicamente**

Los medicamentos implantados quirúrgicamente están cubiertos por la prestación médica cuando son Médicamente Necesarios y pueden proporcionarse en un contexto de hospitalización o ambulatorio. Puede ser necesaria una autorización previa.

### **Telesalud o Servicios virtuales**

Los Servicios Cubiertos para afecciones médicas y Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias prestados adecuadamente como Servicios de Telesalud/Virtuales están cubiertos en los mismos términos y con el mismo alcance que los Servicios Cubiertos que se prestan en persona.

### **Vista y audición**

Los exámenes de la vista y de la audición para diagnóstico y tratamiento están cubiertos. Las evaluaciones preventivas de la vista y de la audición están cubiertos como Servicios de Atención Preventiva, como se indica en el "Programa de Beneficios". Consulte la sección "Servicios de la Vista Pediátricos" para obtener más información sobre los exámenes de la vista para niños menores de 19 años.

### **Trasplantes**

IEHP cubre los trasplantes Médicamente Necesarios de órganos, tejidos o médula ósea, que no sean de naturaleza experimental o de investigación. Cubrimos los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea si los autoriza IEHP y se realizan en un centro de trasplantes aprobado de la red.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Después de que los servicios de trasplante y el centro de trasplante sean autorizados por IEHP, se aplica lo siguiente:

- Si IEHP o el centro de trasplantes determinan que Usted no satisface sus respectivos criterios para un trasplante, solo cubriremos los servicios que Usted reciba antes de que se tome esa determinación.
- IEHP, los hospitales de la red y los médicos no son responsables de encontrar, proporcionar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.

De acuerdo con nuestras directrices de servicios para donantes vivos de trasplantes, brindamos ciertos servicios relacionados con la donación para un donante, o para una persona identificada por IEHP como posible donante, independientemente de que el donante sea o no un miembro:

Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para Usted, que puede incluir determinados servicios para la extracción del órgano, tejido o médula ósea y para el tratamiento de las complicaciones. Nuestras directrices en relación con los servicios para donantes son las siguientes:

- El donante recibe los servicios cubiertos a más tardar 90 días después del servicio de extracción o evaluación.
- El donante recibe los servicios en EE. UU., con la excepción de que las limitaciones geográficas no se aplican al tratamiento de extracción de células madre.
- El donante recibe una autorización por escrito para los servicios de evaluación y extracción
- En el caso de los servicios para tratar complicaciones, el donante recibe servicios que no son de emergencia previa autorización por escrito o recibe servicios de emergencia que el plan habría cubierto si el afiliado los hubiera recibido.
- En caso de que la membresía al plan del afiliado finalice después de la donación o la extracción, pero antes de que expire el plazo de 90 días para los servicios destinados a tratar las complicaciones, el plan seguirá pagando los servicios Medicamento Necesarios para el donante durante los 90 días siguientes al servicio de extracción o de evaluación.

La evaluación de los posibles candidatos está sujeta a autorización previa. No se autorizará más de una evaluación (incluidas las pruebas) en más de un centro de trasplantes a menos que se determine que es Medicamento Necesario.

La donación de órganos prolonga y mejora la vida de las personas y es una opción que quizá Usted desee considerar. Para obtener más información sobre la donación de órganos, incluido cómo elegir ser donante de órganos, visite la página web sobre donación de órganos del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.organdonor.gov](http://www.organdonor.gov).

No están cubiertos los viáticos ni el alojamiento en hoteles relacionados con los trasplantes de órganos, tejidos y células madre.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Si se le deniega el trasplante por ser de naturaleza experimental o de investigación, consulte la sección "Quejas Formales y Apelaciones" para obtener más información sobre su derecho a una "Revisión médica independiente para denegaciones de terapias experimentales o de investigación". Por los servicios de trasplante cubiertos que reciba, Usted pagará los costos compartidos que pagaría si los servicios no estuvieran relacionados con un trasplante.

## **Beneficios para medicamentos recetados**

Los gastos de servicios y suministros cubiertos de la subsección de este beneficio se limitan a los cargos de una farmacia autorizada por:

- Un medicamento recetado de la Lista de Medicamentos Cubiertos o uno autorizado previamente por IEHP.
- Un medicamento que, bajo la ley estatal aplicable, solo puede dispensarse con una receta escrita por un profesional médico de nuestra Red.

### **Lista de Medicamentos Cubiertos y niveles**

IEHP tiene un listado de medicamentos que están cubiertos llamado Lista de Medicamentos Cubiertos. La Lista de Medicamentos Cubiertos se actualiza y se publica mensualmente. Puede encontrar la lista y las actualizaciones en nuestra página web [iehp.org](http://iehp.org).

Algunos medicamentos cubiertos tienen restricciones como la terapia escalonada (*Step Therapy, ST*), los límites de cantidad (*Quantity Limits, QL*) o requieren una Autorización Previa (*Prior Authorization, PA*).

Los medicamentos genéricos aprobados por la FDA se utilizarán en la mayoría de las situaciones, incluso cuando se disponga de un medicamento de marca. Si Su medicamento no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos, o tiene una restricción, Su médico deberá presentar una solicitud a IEHP. La solicitud puede ser aprobada si existe una necesidad médica documentada. Para ver una lista completa y una explicación de los procedimientos y restricciones de la gestión farmacéutica, visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

### **¿Qué medicamentos están cubiertos?**

IEHP utiliza una lista aprobada de medicamentos llamada lista de medicamentos cubiertos para asegurarse de que los medicamentos recetados más apropiados, seguros y eficaces estén disponibles para Usted. IEHP cubre todos los medicamentos Medicamento Necesarios de la Lista de Medicamentos Cubiertos si Su doctor u otro profesional que emita recetas médicas dice que Usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable, y Usted surte la receta en una farmacia de la red de IEHP. Los medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos Cubiertos requieren que Su doctor u otro proveedor de la red obtenga la aprobación antes de que Usted surta la receta. Consulte la sección "Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos Cubiertos" más adelante. La Lista de Medicamentos Cubiertos es revisada y aprobada trimestralmente por un comité de médicos y farmacéuticos e incluye medicamentos genéricos,

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

de marca y especializados cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados. Puede consultar la Lista de Medicamentos Cubiertos en el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para solicitar una copia de la Lista de Medicamentos Cubiertos. También puede solicitar una copia de la Lista de Medicamentos Cubiertos en el idioma o formato que Usted prefiera, como letra grande o audio.

La Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP incluye lo siguiente:

- Medicamentos recetados aprobados.
- Suministros para diabéticos: insulina, jeringas para insulina, tiras reactivas de glucosa, lancetas, monitores continuos de glucosa y suministros relacionados.
- EpiPens y Anakits.
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores.

### **Medicamentos anticonceptivos de emergencia**

Puede obtener los anticonceptivos de emergencia con Su doctor o en la farmacia con una receta de Su doctor sin costo alguno para Usted. También puede obtener medicamentos anticonceptivos de emergencia de un farmacéutico certificado sin receta. Para obtener más información sobre las farmacias que ofrecen medicamentos anticonceptivos de emergencia sin receta médica de farmacéuticos certificados, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

Los medicamentos anticonceptivos de emergencia también están cubiertos cuando Usted recibe servicios de atención de emergencia. Usted puede recibir servicios de atención de emergencia de doctores, hospitales, farmacias u otros profesionales de la salud, estén o no contratados por IEHP.

A partir del 1 de julio de 2018, El proyecto de ley (*Assembly Bill, AB*) 1048 para la Ley de Farmacias del Estado de California autoriza a un farmacéutico a dispensar una sustancia controlada de la Lista II como suministro parcial si así lo solicita el paciente o el profesional que emite la receta médica. La ley obligaría a la farmacia a conservar la receta original, con una anotación de qué parte de la receta se ha dispensado, la fecha y la cantidad de cada dispensación parcial y las iniciales del farmacéutico que hace cada dispensación parcial hasta que la receta se haya dispensado por completo. El proyecto de ley autorizaría a un farmacéutico a cobrar una tasa de dispensación profesional para cubrir los costos reales de suministro y mano de obra relacionados con la dispensación de cada suministro parcial relacionado con la receta original.

Al surtir una receta, Usted puede obtener un surtido parcial. Solo se le podrá cobrar un Copago o Coseguro total si se surte la receta completa. Si le cobraron dos veces (una por el surtido parcial y otra por el surtido completo) comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para obtener más información sobre cómo obtener el

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

reembolso del Copago excedente. Es posible que tenga que presentar copias de los recibos de farmacia que demuestren el pago de varios copagos por la receta.

Cubrimos los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en esta sección cuando se recetan de la siguiente manera y se obtienen en una Farmacia de la Red o a través de nuestro servicio de pedido por correo:

- Artículos recetados por los Doctores de la Red de acuerdo con las directrices de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Artículos recetados por los siguientes Proveedores no contratados; a menos que un Doctor del Plan determine que el artículo no es Medicamento Necesario:
  - Dentistas si el medicamento es para cuidados dentales cubiertos.
  - Doctores no contratados si IEHP autoriza una referencia por escrito al doctor no contratado y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de esa referencia.
  - Doctores no contratados si la receta se obtuvo como parte de los servicios de emergencia cubiertos, la atención posterior a la estabilización o el cuidado de urgencia fuera del área.

### **Cómo conseguir artículos cubiertos**

Debe obtener los artículos cubiertos en una Farmacia de la Red o a través de nuestro servicio de pedido por correo, a menos que obtenga el artículo como parte de los Servicios de emergencia cubiertos, la atención posterior a la estabilización o el cuidado de urgencia fuera del área descritos en la sección "Servicios de Atención Médica de Emergencia".

Consulte la sección "Cómo Encontrar una Farmacia" para conocer la ubicación de las farmacias de la red en Su zona.

Si la cobertura de IEHP se modifica para excluir un medicamento que hemos estado cubriendo y proporcionándole a Usted bajo esta Evidencia de Cobertura, seguiremos proporcionando el medicamento si una receta es requerida por la ley y un Doctor de la Red continúa recetando el medicamento para la misma enfermedad y para un uso aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

IEHP cubre medicamentos genéricos, de marca y especializados. Usted es responsable de un Copago o un Coseguro por cada medicamento surtido en la farmacia. El importe de Su Copago o Coseguro depende de la categoría o nivel de medicamento indicado en la Lista de Medicamentos Cubiertos (por ejemplo: Nivel 1, 2, 3, 4) y de su plan de beneficios (por ejemplo: Oro, Plata o Bronce). Consulte el "Resumen de Beneficios" para conocer los Copagos, Coseguros, Deducibles o límites de gastos de su propio bolsillo que pueden aplicarse a las farmacias.

Nivel 1: la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Sustancias Terapéuticas (Pharmacy and Therapeutics, P&T) con base en la seguridad, la eficacia y el costo de los medicamentos.

Nivel 3: medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de P&T en función de su seguridad, eficacia y costo; o medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y frecuentemente menos costosa en un nivel inferior.

Nivel 4: medicamentos que son biológicos; medicamentos que la FDA o el fabricante del medicamento exige que sean distribuidos por farmacias especializadas; medicamentos que requieren capacitación o seguimiento clínico para su autoadministración; o medicamentos con un costo del plan (neto de reembolsos) superior a \$600 para un suministro de un mes.

Los costos compartidos se aplicarán según el nivel y la cantidad de medicamento dispensado. Por ejemplo, puede que haya que pagar dos copagos de 30 días al recoger una receta de 60 días, y tres copagos al recoger una receta de 100 días en la farmacia. El beneficio de medicamentos recetados establecerá que, si el precio de venta al público de la farmacia para un medicamento recetado es inferior al importe de copago o coseguro aplicable, no se le exigirá que pague más que el precio de venta al público. El pago efectuado constituirá los costos compartidos correspondientes y se aplicará al deducible, si lo hubiera, y también al límite máximo de gastos de su bolsillo de la misma manera que si Usted hubiera adquirido el medicamento recetado pagando el importe de los costos compartidos.

La Lista de Medicamentos Cubiertos incluye:

- Medicamentos aprobados por la FDA que requieren receta médica, ya sea por la ley de California o la ley federal.
- Insulina
- Sistemas de administración por pluma para la administración de insulina, según sea Medicamento Necesario
- Suministros de pruebas para diabetes, incluidos los siguientes:
  - Lancetas
  - Dispositivos de punción para lancetas
  - Tiras reactivas para análisis de sangre y orina
  - Comprimidos para pruebas
- Medicamentos sin receta con una clasificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (“USPSTF”)
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos los siguientes:
  - Diafragmas
  - Cubiertas cervicales
  - Anillos anticonceptivos
  - Parches anticonceptivos

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos de emergencia
- Productos anticonceptivos femeninos de venta libre cuando los ordene un doctor.
- Dispositivos desechables que sean Medicamento Necesarios para la administración de un medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios, como jeringas y espaciadores para inhaladores

### **Lista de Medicamentos Cubiertos para pacientes ambulatorios**

La Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP es una lista de medicamentos genéricos y de marca aprobados por la FDA. Esta lista ayuda a los doctores o Proveedores de Atención Médica a recetar medicamentos Medicamento Necesarios y de bajo costo. Los medicamentos que no aparecen en la Lista de Medicamentos Cubiertos pueden estar cubiertos cuando IEHP lo apruebe a través del proceso de solicitud de excepciones. Consulte la sección "Medicamentos Que No Están en la Lista de Medicamentos Cubiertos" más adelante.

El Comité de Farmacia y Sustancias Terapéuticas (“*P&T*”) de IEHP establece y actualiza la Lista de Medicamentos Cubiertos. Este comité está formado por doctores y farmacéuticos responsables de evaluar los medicamentos en cuanto a su seguridad relativa, eficacia, beneficio para la salud basado en pruebas y costo comparativo. El comité también revisa los nuevos medicamentos, formas de dosificación, uso y datos clínicos para actualizar la Lista de Medicamentos Cubiertos cuatro veces al año.

### **Autorización Previa**

El proceso de autorización previa (“*PA*”) se utiliza para garantizar que los beneficios de los medicamentos se apliquen según lo previsto y que los miembros del Plan reciban la terapia de medicamentos más adecuada, segura y con buen costo-beneficio. Se le pide a los profesionales que emiten receta que obtengan una aprobación previa antes de recetar un medicamento específico que no esté en la lista de medicamentos cubiertos para que ese medicamento pueda tener cobertura según los términos de un plan de beneficios farmacéutico. Su Doctor deberá presentar el formulario 61-211 para solicitar la autorización previa. La solicitud de autorización previa de su Doctor se evaluará una vez recibida la información presentada y se tomará una determinación basada en los criterios clínicos establecidos para el medicamento específico. Los criterios utilizados para la autorización previa son desarrollados por el Comité de Farmacia y Terapéutica. Su Doctor puede ponerse en contacto con nosotros para obtener la póliza. Antes de que pueda aprobarse el pago de los medicamentos que requieren autorización previa, deben cumplirse las condiciones para la aprobación y la autorización previa debe introducirse en el sistema. Una vez aprobado un medicamento, su autorización entra en vigor de inmediato. Puede obtener una lista de medicamentos que requieren Autorización Previa. Visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) o llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

La Autorización Previa es necesaria para la mayoría de los medicamentos de marca con equivalentes genéricos para determinar la Necesidad Médica. IEHP cubrirá los medicamentos de marca que tengan equivalentes genéricos si se aprueba la solicitud de PA.

### **Fármacos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Cubiertos**

A veces, los doctores pueden recetar un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Esto requerirá que el doctor obtenga la autorización de IEHP antes de que Usted surta la receta. Para decidir si se cubrirá el fármaco que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Cubiertos, IEHP puede pedirle al doctor una "declaración de apoyo", que explique por qué el medicamento que Usted solicita es Medicamento Necesario. IEHP responderá al doctor o al farmacéutico en un plazo de 24 horas para las solicitudes urgentes o de 72 horas para las solicitudes estándar después de obtener la información médica solicitada. Existen circunstancias urgentes cuando una afección de salud puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función completa, o cuando se somete a un tratamiento con un fármaco que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Cubiertos.

Algunos medicamentos tienen reglas de cobertura o límites en la cantidad que Usted puede obtener. En algunos casos, Su doctor u otros profesionales que recetan medicamentos tendrán que llevar a cabo alguna acción antes de que Usted pueda surtir la receta. Por ejemplo, aprobación previa (o autorización previa): para algunos medicamentos, Su Doctor u otro profesional médico que haya emitido la receta médica deben obtener una aprobación de IEHP antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que IEHP no cubra el medicamento.

### **Límites de cantidad**

Para su seguridad, IEHP puede limitar la cantidad de algunos medicamentos que puede obtener con receta o limitar el número de veces que puede volver a surtir algunos medicamentos. Si Su Doctor u otro profesional que recete medicamentos, considera que la cantidad limitada no es suficiente para Su afección médica, puede solicitar una excepción a la regla de límites de cantidad.

### **Terapia escalonada**

Algunos medicamentos tienen una regla especial llamada terapia escalonada. Esto significa que primero debe probar otro medicamento de la Lista de Medicamentos Cubiertos antes de que se cubra el medicamento recetado. Si Su Doctor u otro profesional que le recete medicamentos considera que el primer medicamento no le funciona, puede solicitar una excepción a la regla de la terapia escalonada.

La terapia escalonada es el proceso de iniciar la terapia para una afección médica con medicamentos considerados de primera línea de tratamiento o que son más económicos, para luego progresar a medicamentos que son la siguiente línea en el tratamiento o que pueden ser menos accesibles. Los requisitos de la terapia escalonada se basan en la forma en que la FDA recomienda que se utilice un medicamento, las directrices de tratamiento reconocidas a nivel nacional, los estudios médicos y el costo relativo. Si no se cumplen los requisitos de cobertura de

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

la terapia escalonada para una receta y su médico o proveedor de atención médica considera que el medicamento es Medicamento Necesario, podrá utilizarse el proceso de autorización previa y también se aplicarán los plazos descritos anteriormente.

Las solicitudes de excepciones de autorización previa, fármacos que no están en la lista de medicamentos cubiertos, límite de cantidad o terapia escalonada, pueden presentarse electrónicamente, por teléfono o por fax a través del Formulario 61-211 disponible en el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). Una solicitud de autorización previa es urgente cuando un miembro padece un problema de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la totalidad de sus funciones. Las solicitudes urgentes de autorización de los Médicos son procesadas, y los profesionales que recetan medicamentos son notificados de la determinación de IEHP tan pronto como se pueda, sin exceder las 24 horas, después de recibir la solicitud y cualquier información adicional solicitada por IEHP que sea razonablemente necesaria para tomar la determinación.

Las solicitudes de rutina de los Doctores son procesadas, y los profesionales que recetan son notificados de la determinación de IEHP de manera oportuna, sin exceder las 72 horas. Tanto para las solicitudes urgentes como para las de rutina, IEHP también debe notificar su decisión al miembro o a su designado.

Si se le deniega la Autorización Previa, consulte la parte de "Quejas Formales y Apelaciones" de esta Evidencia de Cobertura.

### **Medicamentos preventivos y anticonceptivos**

Nuestro plan cubre los anticonceptivos recetados o de venta libre aprobados por la FDA, incluidos estos dispositivos vaginales, orales, transdérmicos y anticonceptivos de emergencia con un copago de 0 \$, como los anticonceptivos orales, las píldoras anticonceptivas de emergencia, los anillos anticonceptivos, los parches anticonceptivos, las cubiertas cervicales y los diafragmas.

Los anticonceptivos cubiertos solo están disponibles mediante un Pedido de Medicamentos Recetados. Debe presentar el Pedido de Medicamentos Recetados en una farmacia participante para obtener dichos medicamentos o anticonceptivos.

Su médico puede solicitar que IEHP autorice el uso de un medicamento o dispositivo anticonceptivo no cubierto si un anticonceptivo cubierto no está disponible o se considera medicamento inapropiado para Su historial médico o personal. Si un equivalente terapéutico cubierto se considera que no es médicamente aconsejable, IEHP se remitirá a la determinación y juicio de Su Doctor y proporcionará cobertura para el medicamento no cubierto. Estos medicamentos y dispositivos anticonceptivos se proporcionan con un copago de \$0 si IEHP aprueba Su solicitud de autorización. Además, los anticonceptivos hormonales autoadministrados aprobados por la FDA están cubiertos durante 12 meses. No se requiere una receta médica para la cobertura de medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los miembros no son responsables del costo de los medicamentos preventivos. Los medicamentos cubiertos por el programa incluyen los de venta libre y los recetados para la atención médica preventiva, según las recomendaciones Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. de grados A y B, incluidos los medicamentos para dejar de fumar. El tratamiento de los síntomas de abstinencia de la nicotina requiere una receta del médico tratante.

## **Otros medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios**

### **Medicamentos para su uso fuera de lo indicado**

Un medicamento recetado para un uso que no aparezca en la información sobre indicaciones y uso publicada por el fabricante solo está cubierto si el medicamento cumple con todos los criterios de cobertura de la Sección 1367.21 del Código de Salud y Seguridad de California:

1. El medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
2. El medicamento cumple con una de estas condiciones:
  - a. El medicamento es recetado por un profesional de atención médica participante con licencia para el tratamiento de una condición potencialmente mortal, O
  - b. El medicamento es recetado por un profesional de atención médica participante con licencia para el tratamiento de una afección crónica y gravemente debilitante, el Medicamento es Medicamento Necesario para tratar dicha afección y el medicamento se encuentra en la Lista de Medicamentos Cubiertos o se ha obtenido la Autorización Previa de IEHP para dicho Medicamento; Y
3. El medicamento está reconocido para el tratamiento de la afección potencialmente mortal o crónica y gravemente debilitante por una de estas fuentes:
  - a. La Información sobre Medicamentos del American Hospital Formulary Service; O
  - b. Uno de los siguientes compendios, si está reconocido por los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid como parte de un régimen terapéutico contra el cáncer:
    - i. La Farmacología clínica de Elsevier Gold Standard
    - ii. El Compendio de fármacos y productos biológicos del National Comprehensive Cancer Network
    - iii. El Thomson Micromedex DrugDex; O
  - c. Dos artículos de las principales revistas médicas revisadas por expertos que presenten datos que respalden el uso o usos no indicados en la etiqueta propuestos como generalmente seguros y eficaces, a menos que existan pruebas contradictorias claras y convincentes presentadas en una revista médica revisada por expertos importante; Y
4. Aparte de eso, el medicamento es Medicamento Necesario.

Las definiciones que aparecen a continuación se aplican solo a los términos mencionados en esta disposición.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

"Potencialmente mortal" significa una o ambas de estas afirmaciones:

- a. Enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de muerte es alta a menos que se interrumpa el progreso de la enfermedad.
- b. Enfermedades o afecciones con consecuencias potencialmente mortales, en las que el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

"Crónica y gravemente debilitante" se refiere a enfermedades o afecciones que requieren un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro y causan una morbilidad significativa a largo plazo.

### **Medicamentos compuestos**

Un medicamento compuesto es aquel que tiene al menos un ingrediente de la Leyenda Federal en una cantidad terapéutica que es Medicamento Necesaria y requiere una receta médica para su dispensación. Un profesional de la atención médica los mezcla o fabrica y los introduce en una pomada, cápsula, comprimido, solución, supositorio, crema o en otra presentación. No debe estar disponible comercialmente de ningún fabricante farmacéutico en la forma de dosificación, vía de administración o dosis. Los medicamentos compuestos están sujetos a la Autorización Previa del Plan y a la Necesidad Médica.

### **Red de farmacias**

#### **Obtención de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia participante**

Debe presentar una Identificación para Miembros de IEHP en una farmacia participante para obtener los Medicamentos recetados. Puede obtener los Medicamentos recetados en cualquier farmacia minorista participante, a menos que se trate de un Medicamento especializado. Consulte la sección "Obtención de Medicamentos especializados en una farmacia especializada de la red" para obtener más información. Si obtiene los Medicamentos en una farmacia no participante, IEHP denegará la reclamación y no pagará nada por el costo de los medicamentos a menos que sean para una emergencia cubierta.

Visite [iehp.org](http://iehp.org) para localizar una farmacia minorista participante.

Deberá pagar el Copago o Coseguro aplicable por cada Medicamento recetado adquirido en una farmacia participante. Cuando la tarifa contratada de la farmacia Participante sea inferior a Su Copago o Coseguro, Usted solo pagará la tarifa contratada. Esta cantidad se aplicará a cualquier Deducible y OOPM aplicable. No hay Copago ni Coseguro para los Medicamentos y dispositivos anticonceptivos genéricos aprobados por la FDA que se obtengan en una farmacia participante. Los anticonceptivos de marca están cubiertos sin Copago ni Coseguro solo cuando sean Medicamento Necesarios.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### Programa de Restricción de Proveedores de Farmacia (Pharmacy Lock-In Program)

El propósito de un Programa de Restricción de Proveedores de Farmacia es llevar a cabo un Programa de Administración de Medicamentos eficaz que aborde la sobreutilización de los medicamentos de abuso frecuente, manteniendo al mismo tiempo el acceso a dichos medicamentos, que son médicamente necesarios. Los miembros inscritos en este programa estarán limitados a utilizar una farmacia minorista específica durante un año para obtener todos los Medicamentos recetados, excepto los Medicamentos recetados dispensados junto con la Atención Médica de Emergencia, a un suministro de 90 días de medicamentos de mantenimiento a través del programa de pedido por correo y a los Medicamentos especializados obtenidos a través del proveedor de farmacia especializada. No se efectuará pago alguno bajo el beneficio de Medicamentos recetados por los servicios prestados o los gastos incurridos por cualquier Medicamento dispensado en una farmacia minorista no restringida, incluso si la farmacia minorista es una Farmacia Participante.

La Administración médica inscribirá a los miembros en el Programa de Restricción de Proveedores de Farmacia basándose en criterios específicos. Se considerará al miembro para el Programa de Restricción de Proveedores de Farmacia con base en la dosis media diaria de opioides del miembro, los medicamentos concurrentes y el número de profesionales que emiten receta y farmacias que haya utilizado.

El aviso de inscripción en el programa se enviará al miembro, al médico que receta y a la farmacia designada. El aviso incluirá detalles sobre la duración de la inscripción y la farmacia a la que está restringido el miembro. El miembro puede apelar una determinación del programa. Para más detalles, consulte la disposición "Proceso de quejas formales y apelaciones" de la sección "Decisiones de Cobertura y resolución de conflictos" de esta EOC.

**Obtención de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia no participante en caso de emergencia. Cuando reciba medicamentos de una farmacia no participante por una emergencia cubierta, Usted deberá pagar la totalidad de la receta y después, presentar un formulario para presentar una queja de solicitud de reembolso. Consulte la sección "Reclamaciones" en Sus datos de pago para obtener más información.**

### **Pedidos por correo**

Puede surtir una receta de medicamentos de mantenimiento a través de nuestro cómodo programa de pedidos por correo si se trata de un medicamento de mantenimiento. El término "medicamento de mantenimiento" se refiere a los medicamentos recetados que se toman continuamente para tratar afecciones crónicas o de larga duración a las que el miembro responde positivamente mediante un plan de tratamiento con medicamentos que requiere una dosis constante.

Estos artículos deben enviarse al administrador de pedidos por correo designado para poder obtener los medicamentos recetados por correo:

- El formulario completado de pedido por correo de medicamentos recetados.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- El original (no una copia) del pedido del Medicamento recetado, para un suministro de hasta 90 días del calendario consecutivos de un Medicamento de Mantenimiento.
- El Copago o el Coseguro.

Puede obtener un formulario de pedido por correo de medicamentos recetados y más información comunicándose con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visitando el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). El administrador del pedido por correo solo puede dispensar hasta un suministro de 90 días del calendario consecutivos de un Medicamento de Mantenimiento cubierto y de cada reabastecimiento permitido por dicho pedido. Después de que Usted satisfaga el Deducible por Año Civil para Medicamentos Recetados, si corresponde, se aplicará el Copago requerido cada vez que se dispense un medicamento.

### **Farmacia especializada**

Los Medicamentos especializados pueden tener una disponibilidad o distribución limitada en las farmacias, pueden ser autoadministrados por vía oral, tópica, por inhalación o por inyección (subcutánea, intramuscular o intravenosa) y requerir que el miembro tenga una formación especial o un control clínico para su autoadministración, incluir los productos biológicos y medicamentos que la FDA o el fabricante del medicamento requiere que se distribuyan a través de una farmacia especializada, o tener un costo elevado según lo establecido por Covered California.

### **Límites de cantidad y surtidos parciales**

Salvo que se indique lo contrario en esta sección, Usted puede recibir un suministro de hasta 30 días de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Si un Medicamento solo está disponible en suministros superiores a 30 días, Usted deberá pagar el Copago o Coseguro minorista aplicable por cada suministro adicional para 30 días.

Si Usted, su Médico o Su proveedor de atención médica solicitan un surtido parcial de una receta de una sustancia controlada de la Lista II, se prorrataará Su copago o Coseguro. El saldo restante de cualquier receta surtida parcialmente no puede dispensarse después de más de 30 días a partir de la fecha en que se emitió la receta.

### **Exclusiones de Medicamentos Recetados**

Junto con cualquiera de las "Exclusiones y Limitaciones generales" aplicables contenidas en otras partes de esta EOC, se aplicarán las siguientes "Exclusiones" a la cobertura descrita en esta sección. Esta sección también contiene exclusiones y limitaciones para la cobertura de los medicamentos recetados. La parte de beneficios médicos de esta EOC puede cubrir servicios o suministros excluidos de la cobertura de Medicamentos Recetados.

- Medicamentos experimentales o en investigación, a menos que su uso esté aceptado por estándares de práctica profesionalmente reconocidos.
- Cualquier empaque solicitado (como el empaque de la dosis) que no sea el empaquetado estándar de la farmacia dispensadora.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Productos compuestos, a menos que el medicamento aparezca en nuestra lista de medicamentos cubiertos o que uno de los ingredientes requiera receta médica por ley.
- Medicamentos recetados para acortar la duración del resfriado común.
- Nutrición oral ambulatoria, como suplementos dietéticos, suplementos a base de hierbas, productos para perder peso, fórmulas y alimentos, a menos que sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de la Salud Mental o para los Trastornos por Consumo de Sustancias. Esta exclusión no se aplica a ninguno de estos artículos: Productos modificados con aminoácidos y fórmula enteral dietética elemental cubiertos bajo "Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección del "Beneficios del Plan"; Fórmula enteral cubierta bajo "Dispositivos protésicos y ortopédicos" en la sección del "Beneficios del plan".
- Servicios no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos: Servicios que no pueden comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (“FDA”), incluidos, entre otros:
  - a. Medicamentos.
  - b. Medicinas.
  - c. Suplementos.
  - d. Pruebas.
  - e. Vacunas.
  - f. Aparatos.
  - g. Material radioactivo.

Sin embargo, los fármacos y medicamentos que hayan recibido la aprobación de la FDA para su comercialización para uno o más usos no se denegarán por el hecho de que se estén recetando para un uso no indicado en la etiqueta si se cumplen las condiciones establecidas en la Sección 1367.21 del Código de Salud y Seguridad de California.

- No están cubiertos los Medicamentos Recetados que estén cubiertos por cualquier otro beneficio proporcionado por este Plan, incluido cualquier Medicamento proporcionado para terapia de infusión ambulatoria, entregado o administrado al paciente por el Médico tratante, o facturado por un Hospital o Centro de Enfermería Especializada.
- Medicamentos recetados para una afección o tratamiento que no esté cubierto por este Plan. Sin embargo, el Plan sí cubre los Medicamentos Medicamento Necesarios para una afección médica directamente relacionada con los Servicios no Cubiertos cuando las complicaciones superan los cuidados de seguimiento rutinarios (como las complicaciones potencialmente mortales de la cirugía plástica).
- Los medicamentos que por ley requieren la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) para poder venderse en EE. UU., pero que no están aprobados por la FDA, pueden estar cubiertos cuando sean Medicamento Necesarios. Si una Persona Cubierta tiene una afección potencialmente mortal o que la debilita gravemente y solicita la cobertura de un medicamento no aprobado por la FDA con fines experimentales o de investigación, tiene derecho a una Revisión Médica Independiente (“IMR”) si IEHP demora, niega o modifica la cobertura. Para más información, consulte la sección "Revisión

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Médica Independiente de las quejas formales relacionadas con un servicio de atención médica en disputa" de este Plan.

- Servicios o suministros por los que la persona cubierta no está legalmente obligada a pagar.
- Servicios o suministros por los que no se cobra.
- El equipo y los suministros médicos (incluida la insulina), que están disponibles sin receta, solo estarán cubiertos cuando los recete un Médico para el control y el tratamiento de la diabetes, sean con fines preventivos de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. con puntuación A y B, o sean para la anticoncepción femenina. Además, están cubiertos los dispositivos desechables que sean Médicamente Necesarios para la administración de un Medicamento Recetado cubierto para pacientes ambulatorios. No se cubre ningún otro dispositivo, aunque lo recete un Médico.
- Cualquier otro Medicamento, equipo o suministro sin receta, que pueda adquirirse sin un Pedido de Medicamento Recetado, aunque un Médico emita una receta para dicho medicamento, equipo o suministro, a menos que aparezca en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Se les llama comúnmente medicamentos de venta libre. La insulina es una excepción a esta regla. Sin embargo, si una forma de dosificación más alta de un medicamento sin receta o de venta libre solo está disponible con receta, ese medicamento de dosificación más alta estará cubierto.
- Los costos compartidos pagados en Su nombre por cualquier Medicamento Recetado obtenido por Usted mediante el uso de un descuento, cupón o tarjeta de Copago y proporcionado por un fabricante de Medicamentos Recetados, no se aplicarán a su Deducible del plan ni a su Máximo de Gastos de Bolsillo. Lo que Usted pague realmente se acumulará para Su Máximo de Gastos de Bolsillo. Las excepciones incluyen:
  - a. Un Medicamento Recetado requerido bajo una estrategia de evaluación y mitigación de riesgos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. con el fin de controlar o facilitar el uso de dicho medicamento recetado de forma coherente con el etiquetado aprobado del medicamento recetado.
  - b. Un régimen de medicamentos de un solo comprimido para el tratamiento o la prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (*VIH*) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (*SIDA*) que sea tan eficaz como un régimen de varios comprimidos, a menos que, de acuerdo con las directrices clínicas y la literatura científica y médica revisada por expertos, el régimen de varios comprimidos sea clínicamente igual de eficaz o más eficaz y tenga más probabilidades de dar lugar a la adherencia al régimen de medicamentos.
  - c. A las personas cubiertas que hayan completado cualquier terapia escalonada aplicable o los requisitos de autorización previa para el Medicamento recetado de marca según lo dispuesto por IEHP. Las personas cubiertas que deban tomar un Medicamento de Marca en lugar de su equivalente genérico debido a una Necesidad Médica pueden solicitar y obtener una excepción a la exclusión del Deducible y del Máximo de Gastos de Bolsillo de los costos compartidos atribuibles a un cupón del fabricante del medicamento de marca.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- No están cubiertos los medicamentos recetados con fines cosméticos o de mejora, incluidos, entre otros, los destinados a tratar las arrugas, la calvicie o las afecciones de caída del cabello, el rendimiento atlético, el antienvjecimiento y el rendimiento cognitivo. Ejemplos de estos Medicamentos que están excluidos cuando se recetan para tales afecciones incluyen, entre otros, Latisse, Renova, Vaniqa, Propecia o Lustra. Esta exclusión no excluye la cobertura de los Medicamentos cuando estén previamente autorizados como Medicamento Necesarios para tratar una enfermedad diagnosticada que afecte a la memoria, incluida, entre otras, la demencia de Alzheimer, los Medicamentos Medicamento Necesarios para tratar la disfunción sexual y los Medicamentos Medicamento Necesarios para tratar la obesidad.
- Cosméticos y productos para el cuidado de la salud o la belleza.
- Los medicamentos utilizados como suplementos dietéticos o nutricionales, incluidas las vitaminas y los suplementos nutricionales, incluso cuando se combinan con un medicamento recetado, se limitan a los Medicamentos (como el ácido fólico utilizado para cuidados preventivos) que aparecen en la Lista de Medicamentos Cubiertos. La fenilcetonuria (*PKU*) está cubierta por beneficios médicos (consulte la disposición "Fenilcetonuria" de la sección "Beneficios Médicos").
- Los productos para la desensibilización de las alergias no están cubiertos como medicamentos recetados, ya se administren mediante inyección o gotas colocadas en la nariz o la boca (absorción transmucosa), con el fin de tratar las alergias mediante la desensibilización (para disminuir o poner fin a las reacciones alérgicas de la persona). (A estos productos a veces se les llama "suero para la alergia"). El suero para la alergia está cubierto como un beneficio médico. Consulte el apartado "Visitas al consultorio o clínica de un proveedor de atención médica" de la sección "Programa de Beneficios" y la disposición "Pruebas y tratamiento de alergias" de la sección "Beneficios médicos".
- Medicamentos recetados o medicamentos entregados o administrados al paciente por el médico tratante, o que sean facturados por un Hospital o Centro de Enfermería Especializada, o que estén cubiertos por otra sección de esta EOC.
- Las jeringas y agujas hipodérmicas se limitan a marcas específicas de jeringas para insulina, jeringas y marcas específicas de dispositivos de administración de insulina tipo pluma. Además, están cubiertos los dispositivos desechables que sean Medicamento Necesarios para la administración de un Medicamento Recetado cubierto para pacientes ambulatorios. Las agujas y jeringas necesarias para administrar medicamentos autoinyectables (que no sean insulina) se proporcionarán a través de nuestro proveedor de farmacias especializadas según el beneficio médico. El resto de jeringas y agujas no están cubiertas.
- Medicamentos limitados por ley al uso en investigación, recetados con fines experimentales o recetados para indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (a menos que el medicamento esté siendo recetado o administrado por un profesional de la salud autorizado para el tratamiento de una enfermedad potencialmente mortal o crónica y gravemente debilitante) a menos que una revisión independiente los considere apropiados según se describe en la parte "Revisión médica independiente de terapias en investigación o experimentales" de la sección "Decisiones de Cobertura y resolución de conflictos" de esta EOC.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Los medicamentos inyectables autoadministrados están cubiertos por el beneficio de Farmacia. Los medicamentos implantados quirúrgicamente están cubiertos por el beneficio médico (consulte la disposición "Medicamentos implantados quirúrgicamente" en la sección "Beneficios Médicos"). Sin embargo, los Medicamentos inyectables autoadministrados, según se describe en la Lista de Medicamentos Cubiertos, están cubiertos.
- Cuando los medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de la disfunción sexual se limitarán a la cantidad indicada en la Lista de Medicamentos.
- Una vez que la persona cubierta ha tomado posesión de los Medicamentos, los Medicamentos perdidos, robados o dañados no están cubiertos. La persona cubierta tendrá que pagar el precio de venta al público para reemplazarlos. Sin embargo, si el Gobernador declara un estado de emergencia y Usted se ve desplazado por la catástrofe, no se aplicará esta exclusión.
- Los narcóticos de la Lista II no están cubiertos a través de pedidos por correo. Los Medicamentos de la Lista II son Medicamentos clasificados por la Administración Federal para el Control de Drogas como de alto riesgo de abuso, pero también de usos médicos seguros y aceptados en los EE. UU.
- Cantidades de suministro para recetas que superen la recomendación de uso indicada por la Administración de Drogas y Alimentos (*FDA*) o por IEHP, a menos que sean Medicamento Necesarias y se obtenga la Autorización Previa de IEHP.
- Algunos Medicamentos están sujetos a límites de cantidad específicos por Copago o Coseguro, lo que corresponda, con base en las recomendaciones de uso de la FDA o las directrices de uso de IEHP. Los medicamentos que se toman "según sea necesario" pueden tener un Copago o Coseguro basado en una cantidad específica, envase estándar, vial, ampolleta, tubo u otra unidad estándar. En tal caso, la cantidad de medicamentos dispensada puede ser inferior a un suministro para 30 días del calendario consecutivos. Si es Medicamento Necesario, Su Médico puede solicitar una cantidad mayor a IEHP.
- Dosis individuales de medicamentos dispensados en envases de plástico, de dosis unitarias o de aluminio (empaquete de dosis unitarias) y formas de dosificación utilizadas por comodidad, a menos que sean Medicamento Necesarias o solo estén disponibles en esa forma.
- Los Medicamentos utilizados con fines de diagnóstico no están cubiertos. Los Medicamentos de diagnóstico están cubiertos en la sección "Beneficios del Plan" cuando son Medicamento Necesarios.
- Las soluciones de irrigación y las soluciones salinas no están cubiertas.

## **Exclusiones y Limitaciones generales**

Es muy importante que lea esta sección antes de recibir los servicios para saber qué cubrirá y qué no cubrirá IEHP. IEHP no cubre los servicios o suministros enumerados a continuación.

Tampoco se cubrirán los servicios o suministros que estén excluidos de la cobertura en la EOC, superen las limitaciones de la EOC o sean de tratamiento continuo (o estén relacionados con el tratamiento continuo) de las exclusiones o limitaciones de la EOC. Sin embargo, el Plan sí cubre

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

los servicios Médicamente Necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con Servicios no Cubiertos cuando las complicaciones superan el tratamiento continuo rutinario (como las complicaciones potencialmente mortales de la cirugía plástica). Tenga en cuenta que puede aplicarse una excepción a las exclusiones y limitaciones que se indican a continuación, en la medida en que un servicio solicitado sea un servicio básico de atención médica según las leyes aplicables (consulte "Regulación" en la sección "Disposiciones generales"), o deba estar cubierto por otra ley estatal o federal y sea Médicamente Necesario según se define en la sección "Definiciones". Las exclusiones no se aplicarán a los servicios médicamente necesarios para tratar un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

### **Servicios de ambulancia**

Los servicios de ambulancia aérea y terrestre y de transporte en ambulancia están cubiertos según se indica en la disposición "Servicios de ambulancia" de la sección "Beneficios del Plan".

Los servicios de paramédicos, ambulancia o transporte en ambulancia no están cubiertos en estas situaciones:

- Si IEHP determina que la ambulancia o los servicios de transporte en ambulancia nunca se realizaron.
- Si IEHP determina que no se cumplieron los criterios para la Atención médica de Emergencia según se define en "Atención médica de Emergencia" en la sección "Definiciones", según se aborda en la disposición "Servicios de ambulancia" de la sección "Beneficios del Plan".
- Si se descubre que hubo fraude, facturación incorrecta, que se prestaron servicios que no estaban cubiertos por el plan o que la membresía no era válida en el momento en que se prestaron los servicios para la reclamación de emergencia pendiente.
- Si hubo servicios de transporte en ambulancia que no fueron de emergencia no autorizados por IEHP.
- Servicios de ayuda en el lugar de los hechos por parte de técnicos médicos de emergencia o paramédicos sin transporte.

### **Terapia acuática**

La terapia acuática y otros servicios de terapia acuática no están cubiertos, excepto los servicios de terapia acuática y otros servicios de terapia acuática que formen parte de un plan de tratamiento de fisioterapia.

### **Terapia de aversión**

La terapia de aversión no está cubierta.

### **Servicios de biorretroalimentación**

El tratamiento con biorretroalimentación se limita al tratamiento Médicamente Necesario de ciertos trastornos físicos (como la incontinencia y el dolor crónico) y de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Sangre**

Este Plan no cubre los tratamientos que utilicen sangre de cordón umbilical, células madre de sangre de cordón umbilical o células madre adultas (ni su recolección, conservación ni almacenamiento), ya que dichos tratamientos se consideran de naturaleza experimental o de investigación. Consulte la sección "Disposiciones generales" para conocer el procedimiento para solicitar una Revisión Médica Independiente de una denegación de cobertura por parte del Plan por considerarla experimental o en investigación.

## **Determinados exámenes y servicios**

Los exámenes físicos y otros servicios (incluidos los exámenes psicológicos o las pruebas de detección de drogas) no están cubiertos cuando se obtienen únicamente para: obtener una licencia, empleo, seguro, campamento, escuela, deportes, orden judicial, libertad bajo palabra o libertad condicional.

Esta exclusión no se aplica si un médico participante determina que los servicios son Médicamente Necesarios. Consulte "Servicios preventivos" en la sección "Beneficios del Plan" para saber más sobre los exámenes físicos anuales o las consultas de bienestar con fines de salud preventiva.

## **Ensayos clínicos**

Aunque los gastos rutinarios de atención al paciente de los ensayos clínicos están cubiertos, según se describe en la sección "Beneficios del Plan", la cobertura de los ensayos clínicos no incluye:

- Servicios que se prestan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos.
- Servicios que los patrocinadores de la investigación prestan habitualmente de forma gratuita a los participantes en el ensayo clínico.
- El Medicamento, artículo, dispositivo o servicio en investigación.
- Servicios médicos que están excluidos de la cobertura de este Plan.

## **Servicios estéticos**

Cirugía que se realiza para alterar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar el aspecto físico. Esta exclusión no se aplica al tratamiento Médicamente Necesario de las complicaciones derivadas de la cirugía plástica, como infecciones o hemorragias.

## **Servicios quiroprácticos**

Este plan no cubre los cuidados quiroprácticos.

## **Cuidado de custodia o a domicilio**

Este Plan no cubre los servicios y suministros que se prestan para ayudar con las ADL, independientemente del lugar donde se realicen (por ejemplo, caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y tomar medicamentos). No están cubiertos los

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

servicios a domicilio, la hospitalización o el internamiento en un centro de salud principalmente para recibir cuidados de supervisión o servicios de apoyo, como alternativa al internamiento en un hogar de crianza temporal o centro de reinserción social, al descanso, al cuidado de custodia o a los cuidados domiciliarios. Esta exclusión no se aplica a la ayuda con las ADL que se preste como parte de los cuidados cubiertos en un hospicio o en un centro de enfermería especializada. Consulte "Hospicio" y "Enfermería especializada" en la sección "Beneficios del Plan" para obtener más información.

El Cuidado de Custodia, según se describe en la sección "Definiciones", no está cubierto, incluso cuando el paciente se encuentre bajo los cuidados de un Doctor supervisor o tratante y los servicios se estén ordenando y recetando para apoyar y mantener en general el estado del paciente o proporcionarle comodidades o garantizar que se puede manejar al paciente. Además, el Cuidado de Custodia no está cubierto, aunque los servicios y suministros ordenados y recetados estén siendo proporcionados por una enfermera certificada, una enfermera profesional titulada, un asistente médico, un fisioterapeuta, un terapeuta del habla o un terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud autorizado.

### **Servicios dentales**

No están cubiertos los servicios y suministros dentales para el tratamiento de los dientes, las encías y las estructuras periodontales asociadas, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Cuidado o tratamiento rutinario de dientes y encías, incluidos, entre otros, los abscesos dentales, el tejido inflamado o la extracción de dientes.
- Molienda, dispositivos restauradores o mecánicos, ortodoncia, incrustaciones o recubrimientos, coronas, puentes, férulas u órtesis dentales (adaptadas a medida o no) u otros aparatos dentales y cirugías relacionadas para tratar afecciones dentales, incluidas afecciones relacionadas con trastornos de la articulación temporomandibular (mandíbula) (*TMD/TMJ*). Sin embargo, los aparatos bucales hechos a medida (férula intraoral o férula oclusal) y los procedimientos quirúrgicos para corregir los trastornos TMD/TMJ están cubiertos si son Médicamente Necesarios, según se describe en la disposición "Servicios dentales" de la sección "Beneficios del plan".
- Implantes dentales (materiales implantados en o sobre el hueso o el tejido blando) y cualquier cirugía para preparar la mandíbula para los implantes.
- Tratamiento de seguimiento de una lesión en los dientes naturales sanos como resultado de una lesión accidental, independientemente del motivo de dichos servicios.

La cobertura no incluye la cirugía dental plástica, que se realiza para alterar o cambiar la forma de estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia.

Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos en los apartados "Servicios dentales" y "Servicios dentales pediátricos" de la sección "Beneficios del Plan".

### **Suplementos dietéticos o nutricionales**

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los alimentos orales recetados o no recetados, los suplementos nutricionales o dietéticos, los suplementos a base de hierbas, los productos para adelgazar, las fórmulas, los alimentos y las fórmulas especializadas no están cubiertos, excepto cuando se recetan para el tratamiento de la fenilcetonuria (*PKU*) (consulte la parte "Fenilcetonuria" de la sección "Beneficios del Plan") o según lo indicado en las recomendaciones de grado A y B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. ("*USPSTF*").

Los suplementos dietéticos o nutricionales y las fórmulas especializadas pueden estar cubiertos si se consideran Medicamento Necesarios para tratamientos de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias cuando el suplemento dietético o nutricional o la fórmula especializada sea un componente de un plan de tratamiento de la salud del comportamiento con un proveedor calificado de la red para el tratamiento del diagnóstico de Trastorno de Salud Mental y por Consumo de Sustancias. La cobertura de los suplementos dietéticos o nutricionales y de las fórmulas especializadas debe ser autorizada por IEHP.

IEHP cubrirá solo aquellos servicios de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias que sean prestados por proveedores autorizados conforme a las leyes de California, donde se requiera licencia, y que estén actuando dentro del alcance de dicha licencia o según lo autoricen las leyes de California.

### **Suministros desechables para uso doméstico**

Este Plan no cubre artículos como vendas, gasas, esparadrapo, antisépticos, apósitos, vendas tipo Ace, pañales, cubrecolchones y otros suministros para la incontinencia. Además, este Plan no cubre artículos personales o de confort, como Internet, teléfonos, televisores, bandejas para invitados y artículos de higiene personal.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos de la sección "Suministros para ostomía y urología", suministros para incontinencia de la sección "Hospicio" y de la sección "Beneficios del Plan".

### **Equipo Médico Duradero**

Aunque este Plan cubre el Equipo Médico Duradero, no cubre estos artículos:

- Equipo de ejercicio.
- Equipos y suministros higiénicos (para limpiar, incluso cuando estén relacionados con otros servicios médicos cubiertos).
- Apósitos quirúrgicos que no sean apósitos primarios aplicados por Su Doctor o en un Hospital a lesiones de la piel o incisiones quirúrgicas.
- Jacuzzis y tinas de hidromasaje.
- Aparatos de ortodoncia para tratar afecciones dentales relacionadas con trastornos de la articulación temporomandibular (mandíbula) (también conocidos como trastornos TMD o TMJ).

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Aparatos de apoyo como medias, excepto los descritos en la disposición "Prótesis" de la sección "Beneficios del Plan", y aparatos de apoyo u ortóticos de venta libre.
- Dispositivos o aparatos ortopédicos para mejorar el rendimiento atlético o las actividades relacionadas con el deporte.
- Aparatos ortopédicos y calzado correctivo, excepto según lo que describen las disposiciones "Equipo Médico Duradero" y "Servicios para diabéticos" de la sección "Beneficios del Plan".
- Otros aparatos ortopédicos, incluido el calzado correctivo, no mencionados anteriormente, que no sean Médicamente Necesarios y hechas a la medida para el miembro. El calzado correctivo también debe estar unido de forma permanente a un aparato ortopédico que cumpla con los requisitos de cobertura de este Plan.

### **Planificación familiar o Servicios de infertilidad y preservación de la fertilidad**

Estos procedimientos de inseminación y concepción no están cubiertos:

- Inseminación artificial.
- Fertilización in vitro ("FIV").
- Transferencia intratubárica de gametos (*Gamete intrafallopian transfer*; "GIFT").
- Transferencia intratubárica de cigotos (*Zygote intrafallopian transfer*; "ZIFT").
- Tecnologías de reproducción asistida ("TRA").
- Diagnóstico genético preimplantacional.
- Óvulos, esperma o embriones de donantes.
- Cualquier proceso que implique la extracción, el trasplante o la manipulación de un óvulo humano.
- Servicios o suministros (incluidos radiología, inyecciones de laboratorio y medicamentos inyectables) que preparen al miembro para recibir estos servicios.
- Recopilación, almacenamiento o compra de esperma u óvulos.
- Madres sustitutas.

Servicios relacionados con el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de la infertilidad, excepto para el tratamiento de los servicios de preservación de la fertilidad Médicamente Necesarios relacionados con la infertilidad iatrogénica (es decir, la infertilidad causada por un tratamiento médico, como la cirugía, la quimioterapia o la radiación).

### **Exámenes genéticos y procedimientos de diagnóstico**

Los exámenes genéticos están cubiertos cuando IEHP determine que son Médicamente Necesarios. El médico que receta debe solicitar una autorización previa para la cobertura. No se cubrirán los exámenes genéticos por razones no médicas o cuando el miembro no tenga indicación médica o antecedentes familiares de una anomalía genética.

### **Tratamiento para la caída o el crecimiento del cabello**

Artículos y servicios cuando se receten para la promoción, prevención u otro tratamiento de la caída del cabello, crecimiento del cabello o procedimientos de trasplante de cabello, a menos que

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

sean Medicamente Necesarios para el tratamiento de Trastornos de salud Mental y por Consumo de Sustancias. Esta exclusión no se aplica a los procedimientos de afirmación de género.

### **Audífonos y exámenes para la adaptación de audífonos**

Este Plan no cubre los audífonos, los exámenes para el tipo de audífono adecuado, la adaptación y las citas de revisión de audífonos.

### **Nacimientos en el hogar**

Los nacimientos electivos en casa, atendidos por proveedores no clínicos, no están cubiertos por este plan. Un nacimiento que tenga lugar en casa estará cubierto cuando se cumplan los criterios de la "Atención Médica de Emergencia", según se define en esta EOC.

### **Hospitalización**

Este Plan no cubre los servicios prestados en un Hospital por residentes, pasantes u otros profesionales en formación sin la supervisión de un Médico tratante en asociación con un programa acreditado de educación clínica.

Este Plan no cubre la hospitalización únicamente para rayos X, laboratorio o cualquier otro estudio de diagnóstico ambulatorio, ni para observación médica. Además, no están cubiertas las hospitalizaciones relacionadas con procedimientos médicos y quirúrgicos no cubiertos, como la cirugía plástica.

### **Vacunas e inyecciones**

Este Plan no cubre las vacunas ni inyecciones para viajes al extranjero o con fines ocupacionales.

### **Estatus no elegible**

Este Plan no cubre los servicios o suministros prestados antes de la fecha de vigencia de la cobertura. No están cubiertos los servicios o suministros proporcionados después de la medianoche de la fecha efectiva de cancelación de la cobertura a través de este Plan.

Un servicio se considera prestado el día en que se realiza. Un suministro se considera prestado el día en que se realiza.

### **Artículos y servicios que no sean de atención médica**

A excepción de los servicios relacionados con el tratamiento de la salud del comportamiento que están cubiertos según se indica en la sección "Beneficios del Plan", todos los demás servicios relacionados, o que consistan en la educación o la formación, incluso con fines laborales o profesionales, no están cubiertos, aunque los preste una persona autorizada como proveedor de atención médica por el estado de California. Por ejemplo, no cubrimos:

- Enseñanza de modales y etiqueta.
- Servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas.
- Artículos y servicios que aumentan los conocimientos o las habilidades académicas.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia.
- Instrucción académica o tutoría para habilidades como gramática, matemáticas y gestión del tiempo.
- Enseñanza de la lectura, tenga o no dislexia.
- Pruebas educativas.
- Enseñanza de arte, danza, equitación, música, juego o natación.
- Enseñanza de habilidades con fines laborales o profesionales.
- Formación profesional o enseñanza de habilidades profesionales.
- Cursos de crecimiento profesional.
- Formación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.

### **Atención a largo plazo**

Este Plan no cubre los servicios continuos de enfermería, el cuidado de custodia, los servicios privados de enfermería, los cuidados por turnos de enfermería ni el cuidado de relevo, excepto los que se presten a través de un proveedor de cuidado de hospicio de la red.

### **Terapia de masaje**

Este Plan no cubre la terapia de masajes, excepto cuando dichos servicios sean un componente de un plan de tratamiento de rehabilitación multimodal o parte de un plan de tratamiento de fisioterapia. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, tal y como lo solicita IEHP.

### **Artículos sin cargo**

Este Plan no cubre el reembolso al miembro de los servicios o suministros por los que el miembro no esté legalmente obligado a pagar al Proveedor o por los que el Proveedor no pague ningún cargo.

### **Tratamientos no cubiertos**

Este tipo de servicios solo están cubiertos cuando se prestan en relación con un tratamiento cubierto para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias:

- Tratamiento de la codependencia.
- Tratamiento del estrés psicológico.
- Tratamiento de disfunciones conyugales o familiares.

El tratamiento de los trastornos neurocognitivos que incluyen el delirio, los trastornos neurocognitivos graves y leves y sus subtipos, y los trastornos del neurodesarrollo están cubiertos para los servicios médicos Medicamente Necesarios, pero para los síntomas conductuales o psicológicos acompañantes o las afecciones de Trastornos por Consumo de Sustancias solo estarán cubiertos si son susceptibles a tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico, y de Trastornos por Consumo de Sustancias. Esta disposición no afecta a la cobertura del tratamiento Medicamente Necesario de cualquier Trastorno de Salud Mental o por Consumo de

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Sustancias identificado como tal en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión modificada en la edición más reciente.

Además, IEHP cubrirá solo los servicios de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias que sean prestados por proveedores autorizados conforme a las leyes de California, donde se requiera licencia, y que estén actuando dentro del alcance de dicha licencia o según lo autoricen las leyes de California.

Este Plan cubre el tratamiento Medicamento Necesario para todos los Beneficios de Salud Esenciales, incluidos los "trastornos mentales" descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión modificada en la edición más reciente.

### **Instituciones no elegibles**

Este Plan solo cubre los servicios o suministros Medicamento Necesarios proporcionados por un Hospital, Hospicio, Centro de Enfermería Especializada aprobado por Medicare, Centro Residencial de Tratamiento u otro centro médico debidamente autorizado y especificado como cubierto en esta EOC. Cualquier institución que no esté autorizada para proporcionar servicios y suministros médicos, independientemente de cómo esté designada, no es una institución elegible.

### **Recién nacidos no inscritos**

Su hijo podrá inscribirse en un periodo de inscripción especial en los 60 días siguientes a su nacimiento. El hijo recién nacido del miembro o de su cónyuge estará cubierto automáticamente durante 31 días (incluida la fecha de nacimiento). Para mantener la inscripción más allá de los 31 días iniciales, deberá inscribir al recién nacido en Covered California y pagar las primas del plan que correspondan dentro de los 31 días siguientes al nacimiento. Si no inscribe al niño en un plazo de 31 días (incluida la fecha de nacimiento), podrán excluirse los gastos ocasionados por un bebé más allá de los 31 días (incluida la fecha de nacimiento).

### **Proveedores no participantes**

Los servicios y suministros prestados por un proveedor no participante sin autorización de IEHP no están cubiertos. Sin embargo, IEHP puede autorizar los Servicios Cubiertos de un Especialista o proveedor auxiliar no participante cuando el miembro no pueda obtener la atención Medicamento Necesaria de un proveedor de la red porque: (1) IEHP no tiene el tipo de proveedor en su red; o (2) IEHP no tiene contrato con el tipo de proveedor dentro de una distancia razonable de la residencia del miembro y un proveedor no participante de ese tipo se encuentra dentro de esa distancia razonable. Cuando IEHP autorice dicha atención, el miembro pagará los niveles de Copago o Coseguro descritos en la sección "Programa de Beneficios" de esta EOC.

Esta exclusión no se aplica a los Servicios de Emergencia ni al Cuidado de Urgencia mientras se encuentre fuera del área de servicio.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Terapias y servicios no estándar no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos**

No están cubiertos los servicios, pruebas, dispositivos, procedimientos, vacunas, suplementos, medicamentos y materiales radiactivos experimentales o de investigación, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Servicios que por ley requieran la aprobación de la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (*FDA*) para ser vendidos en EE. UU., pero que no estén aprobados por la *FDA*.
- Tratamientos que utilicen sangre de cordón umbilical, células madre de sangre de cordón umbilical o células madre adultas (incluida su recolección, conservación y almacenamiento).
- Terapias no estándar o trasplantes de médula ósea no aprobados por la *FDA* que impliquen células madre o terapia de células T con *CAR (CAR-T)*
- Servicios que no cumplan los estándares nacionales de la práctica profesional de la salud médica o de los Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias, como: la terapia primal, la terapia bioenergética, la hipnoterapia y la terapia de sanación con cristales.

Para saber más sobre cómo solicitar una revisión médica independiente de una denegación de cobertura, consulte la parte "Revisión médica independiente de terapias de investigación o experimentales" de la sección "Disposiciones generales".

## **Medicamentos de venta libre, equipos y suministros**

Los equipos y suministros médicos disponibles sin receta solo estarán cubiertos cuando los recete un Médico para el control y tratamiento de la diabetes, o con fines preventivos de acuerdo con las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. con puntuación A y B, o para la anticoncepción femenina conforme lo aprobado por la *FDA*.

No está cubierto cualquier otro medicamento sin receta o de venta libre, equipo médico o suministro que pueda adquirirse sin un Pedido de Medicamentos Recetados, aunque un Médico emita un Pedido de Medicamentos Recetados para dicho medicamento, equipo o suministro, a menos que aparezca en la Lista de Medicamentos Recetados Esenciales. Sin embargo, si una forma de dosificación más alta de un medicamento sin receta o de venta libre solo está disponible con receta médica, ese medicamento de dosificación más alta puede estar cubierto cuando sea Medicamento Necesario.

## **Suministros para ostomía y urología**

Este Plan no cubre los suministros de ostomía y urología para comodidad, conveniencia o equipos o características de lujo.

## **Artículos personales o de confort**

Este Plan no cubre los artículos personales o de confort.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Autotratamiento médico y servicios realizados a Familiares directos**

Este Plan no cubre el autotratamiento médico realizado en casos donde no hubo emergencia (incluidos, entre otros, los servicios, suministros y medicamentos recetados). El autotratamiento médico se produce cuando los Médicos realizan sus propios servicios médicos, incluida la receta de sus propios medicamentos, la solicitud de sus propios análisis de laboratorio y la autorreferencia para sus propios servicios. Las reclamaciones por autotratamiento de emergencia están sujetas a revisión por parte de IEHP.

Este Plan no cubre el tratamiento rutinario o continuado, las consultas o las referencias de proveedores (incluidos, entre otros, los servicios, suministros y medicamentos recetados) proporcionados por el padre, la madre, el cónyuge, la pareja de hecho, el hijo, el hijastro o el hermano del miembro. Los miembros que reciban atención rutinaria o continuada de un Familiar directo serán reasignados a otro Médico o profesional de la salud mental dentro de la red (Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias).

### **Servicios privados de enfermería**

Este Plan no cubre los servicios privados de enfermería a domicilio ni para pacientes internados registrados en un Hospital o centro médico de atención a largo plazo. Tampoco están cubiertos los servicios de atención por turnos ni ninguna parte de los mismos.

### **Prótesis**

Cualquier tipo de comunicador, potenciador de voz, prótesis de voz, máquina electrónica productora de voz o cualquier otro dispositivo de ayuda para el habla. Esta exclusión no se aplica a los artículos o servicios enumerados en la sección "Prótesis y órtesis".

### **Pruebas psicológicas**

Pruebas psicológicas, excepto las realizadas por los profesionales de salud mental participantes que estén autorizados y actúen dentro del ámbito de su licencia, para la asistencia en la planificación del tratamiento, incluida la gestión de los medicamentos o la clarificación del diagnóstico. También se excluye la cobertura de la puntuación de informes generados automáticamente por computadora, a menos que la puntuación la realice un proveedor calificado para ello.

### **Terapia de rehabilitación y habilitación**

Este Plan no cubre ciertas terapias físicas y ocupacionales, como:

- Formación o terapia para el tratamiento de problemas de aprendizaje o de comportamiento;
- Entrenamiento o terapia de habilidades sociales;
- Terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, de danza, musical o de lectura; y
- Pruebas para detectar problemas de inteligencia o de aprendizaje.

Esta exclusión no se aplica a los servicios considerados Médicamente Necesarios para el tratamiento de un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

La cobertura de la terapia de rehabilitación se limita a los servicios Médicamente Necesarios prestados por un médico de la red, un fisioterapeuta, terapeuta del habla o terapeuta ocupacional autorizado u otro proveedor contratado, que actúe dentro del ámbito de su licencia, para tratar afecciones físicas y Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias, o un Proveedor Calificado de Servicios de Autismo (QAS), un profesional QAS o un paraprofesional QAS para tratar el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo.

La cobertura está sujeta a cualquier autorización requerida por parte de IEHP. Los servicios deben basarse en un plan de tratamiento autorizado, tal y como lo solicita IEHP. Dichos servicios no estarán cubiertos cuando la documentación médica no respalde la Necesidad Médica debido a la incapacidad del miembro para progresar hacia los objetivos del plan de tratamiento o cuando un miembro ya haya alcanzado los objetivos del tratamiento. Consulte la sección "Disposiciones generales" para conocer el procedimiento para solicitar una Revisión Médica Independiente de una denegación de cobertura por parte del Plan con base en la Necesidad Médica.

La terapia de rehabilitación y habilitación para impedimentos físicos en miembros con Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias, incluido el trastorno generalizado del desarrollo y el autismo, que desarrolla o restablece, en la mayor medida posible, el funcionamiento de un individuo, se considera Médicamente Necesaria cuando se cumplen los criterios para la terapia de rehabilitación o habilitación.

### **Centro de Tratamiento Residencial**

Queda excluida la admisión en un Centro Residencial de tratamiento que no sea Médicamente Necesaria. Las admisiones que no se consideran Médicamente Necesarias incluyen, entre otras, las admisiones para Cuidado de Custodia, solo por un cambio de situación o ambiental, o como alternativa al internamiento en un hogar de crianza temporal o centro de reinserción social.

### **Reversión de una esterilización quirúrgica**

Este Plan no cubre los servicios para revertir la esterilidad voluntaria inducida quirúrgicamente.

### **Cuidado rutinario de los pies**

Artículos y servicios rutinarios para el cuidado de los pies que no sean Médicamente Necesarios, incluidos los siguientes:

- Tratamiento de callos.
- Corte o escisión de callos.
- Corte de uñas de los pies
- Tratamiento para arcos caídos, pies planos o pronados.
- Calambres en los pies, juanetes y traumatismos musculares.
- Plantillas o soportes para el arco del pie de venta libre.
- Cualquier tipo de procedimiento de masaje en el pie.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Esta exclusión no se aplica al tratamiento Medicamento Necesario para una afección diabética o una enfermedad vascular periférica, ni a los artículos o servicios proporcionados como parte de los servicios de cuidado de Hospicio cubiertos.

### **Servicios prestados por proveedores sin licencia**

Este Plan no cubre los servicios prestados por un individuo o entidad que:

- No esté debidamente autorizado o certificado por el estado para prestar servicios de atención médica.
- No esté operando dentro del ámbito de dicha licencia o certificación.
- No mantenga el certificado de las Enmiendas para la Mejora de los Laboratorios Clínicos necesario para realizar servicios de análisis de laboratorio.
- Esta exclusión no se aplica a los servicios para tratar afecciones de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias (*Mental Health and Substance Use Disorders, MH/SUD*) de proveedores que no requieran licencia.

### **Servicios no relacionados con la afección, enfermedad o lesión cubierta**

Cualquier servicio o suministro no relacionado con el diagnóstico o tratamiento de una afección, enfermedad o lesión cubierta. Sin embargo, el Plan sí cubre los servicios y suministros Medicamento Necesarios para afecciones médicas directamente relacionadas con los Servicios no Cubiertos cuando las complicaciones rebasan los beneficios del tratamiento continuo rutinario (como las complicaciones potencialmente mortales de la cirugía plástica).

### **Servicios para tratar los defectos refractivos del ojo**

Este Plan no cubre la cirugía ocular realizada para corregir defectos refractivos del ojo, como miopía, hipermetropía o astigmatismo, a menos que sea Medicamento Necesaria, recomendada por el Médico del miembro y autorizada por IEHP.

Para los miembros de 19 años o más, no están cubiertos los exámenes de la vista y las refracciones, los lentes y armazones para anteojos, las opciones de lentes, los tratamientos ni los lentes de contacto, excepto los que aparecen en la sección "Equipos y dispositivos protésicos".

Para todos los miembros, estos artículos no están cubiertos: apoyo visual de asistencia por video o dispositivos de ayuda visual por video para cualquier fin, o cirugía para corregir un error de refracción.

### **Tratamiento en un Hospital estatal**

Los servicios en un Hospital estatal se limitan al tratamiento o internamiento como consecuencia de una Emergencia o Cuidado de Urgencia, según se define en el apartado "Definiciones".

### **Actividades deportivas**

No están cubiertos los gastos asociados a las actividades deportivas, incluidos, entre otros, el yoga, la escalada, el senderismo y la natación.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



**Transporte**

Transporte en coche, taxi, autobús, ambulancia de traslado, camioneta para sillas de ruedas y cualquier otro tipo de transporte (que no sea una ambulancia autorizada o una camioneta de transporte psiquiátrico), que no esté autorizado por IEHP.

**Viáticos**

Este Plan no cubre los viáticos, alojamiento, gastos de acompañante y otros gastos no clínicos. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cirugía bariátrica; consulte "Servicios hospitalarios y de hospitalización" para obtener más información.

**Tratamiento de la obesidad**

El tratamiento o la cirugía para la obesidad, la reducción de peso o el control de peso se limita al tratamiento de la obesidad mórbida. Algunos servicios pueden estar cubiertos como Servicios de Atención Preventiva; consulte las disposiciones sobre "Servicios de Atención Preventiva" y "Servicios hospitalarios y de hospitalización" en la sección "Beneficios del Plan".

**Tratamiento relacionado con procedimientos judiciales o administrativos**

Los servicios médicos y de Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias como condición para la libertad bajo palabra o libertad condicional y las pruebas ordenadas por un tribunal se limitan a los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios.

**Servicios y suministros no autorizados**

Este Plan solo cubre los servicios o suministros autorizados por IEHP de acuerdo con los procedimientos de IEHP, excepto los servicios de emergencia.

Los servicios o suministros que sean prestados por un proveedor o centro no participante solo estarán cubiertos cuando IEHP los autorice o cuando Usted requiera Atención de Emergencia o Cuidado de Urgencia mientras se encuentre fuera del área de servicio.

**Terapia de la vista, anteojos y lentes de contacto**

Este Plan no cubre los servicios de la vista rutinarios, la terapia, los anteojos ni los lentes de contacto, a excepción de lo especificado en "Servicios de la vista pediátricos" de la sección "Beneficios del Plan". Sin embargo, esta exclusión no se aplica a lentes implantados que reemplacen a los lentes orgánicos.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Disposiciones generales**

### **Contenido de la EOC**

Solo un ejecutivo de IEHP puede hacer cambios en esta EOC. Cualquier cambio se hará a través de un endoso firmado y autorizado por un ejecutivo de IEHP. Ningún agente u otro empleado de IEHP está autorizado a cambiar los términos, condiciones ni beneficios de esta EOC. Cualquier cambio en esta EOC está sujeto a la aprobación previa del DMHC.

### **Acuerdo completo**

Esta EOC, el Aviso de aceptación y la solicitud constituirán el acuerdo completo entre IEHP y el miembro.

El modelo del contrato del Plan se entregará a solicitud.

### **Derecho a recibir y divulgar información**

Como condición de inscripción en este plan de salud y como condición precedente a la provisión de beneficios bajo este plan de salud, IEHP, sus agentes, contratistas independientes y médicos de la red tendrán derecho a divulgar u obtener de cualquier persona, organización o agencia gubernamental, cualquier información y registros, incluido el historial médico de los miembros, que IEHP requiera o esté obligado a proporcionar conforme a un proceso legal, ley federal, estatal o local o según se requiera de otra manera en la administración de este plan de salud.

### **Regulación**

IEHP está sujeto a los requisitos y a las regulaciones de aplicación de la Ley del Plan de Servicios de Atención Médica Knox- Keene de California de 1975, en su versión modificada, según se establece en el Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California (que comienza con la Sección 1340) y sus regulaciones de aplicación, según se establece en el Subcapítulo 5.5 del Capítulo 3 del Título 28 del Código de Regulaciones de California (que comienza con la Sección 1300.43). Cualquier disposición que cualquiera de las fuentes de derecho mencionadas anteriormente le exija a esta EOC considerar, será vinculante para IEHP, esté o no prevista en esta EOC.

### **Aviso de ciertos acontecimientos**

Cualquier aviso requerido en lo sucesivo se considerará suficiente si se envía por correo al Suscriptor a la dirección que aparece en los registros de IEHP. El Suscriptor puede cumplir con cualquier requisito de aviso enviando el aviso por correo a: IEHP, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729-1800.

### **Cambios en los cargos de Beneficios o primas del Plan**

IEHP notificará al Suscriptor con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en los beneficios, los cargos de la prima del Plan o las disposiciones de la EOC. No existe ningún derecho adquirido a recibir los beneficios de este plan de salud.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **No discriminación**

No se denegará la inscripción ni se cancelará la cobertura a ninguna persona que sea elegible y aceptada para la afiliación en virtud de esta EOC por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, estado civil, orientación sexual, edad, estado de salud, necesidad de servicios de atención médica o discapacidad física o mental.

Un afiliado que crea que su afiliación ha sido cancelada o no renovada debido a su estado de salud o a su necesidad de servicios de atención médica puede solicitar una revisión de la cancelación por parte del DMHC.

### **Interpretación de la EOC**

Las leyes del Estado de California se aplicarán a las interpretaciones de esta EOC. Cuando corresponda, la interpretación de esta EOC se guiará por la naturaleza de servicio directo de las operaciones de IEHP, en oposición a una base de indemnización de cuota por servicios.

### **Derechos, responsabilidades y obligaciones de los miembros**

Como miembro de IEHP, Usted tiene derecho a:

- Trato respetuoso y cortés. Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, dignidad y cortesía por los proveedores y el personal de IEHP. Tiene derecho a no sufrir represalias de ningún tipo ni ser forzado de ninguna manera al momento de tomar decisiones sobre Sus cuidados. Tiene derecho a estar libre de restricciones (incluidas las restricciones físicas y mecánicas, y las drogas) utilizadas como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Privacidad y confidencialidad. Tiene derecho a mantener una relación privada con Su proveedor y a que Su expediente médico se mantenga confidencial. También tiene derecho a obtener una copia y solicitar correcciones de Su expediente médico. Si Usted es menor de edad, tiene derecho a algunos servicios que no necesitan el consentimiento de Sus padres.
- Elección y participación en Sus cuidados. Usted tiene derecho a obtener información sobre IEHP, sus servicios, sus doctores y otros proveedores. Tiene derecho a elegir a Su Doctor de Cuidado Primario (doctor) de entre los doctores y clínicas que aparecen en el sitio web de IEHP o en el directorio de proveedores. También tiene derecho a que le den cita en un plazo razonable. Tiene derecho a hablar con Su médico sobre cualquier cuidado que le preste o recomiende. Tiene derecho a una segunda opinión. Tiene derecho a recibir información sobre el tratamiento independientemente del costo o de cuáles sean Sus beneficios. Tiene derecho a negarse al tratamiento. Tiene derecho a decidir por adelantado cómo quiere que le atiendan en caso de que sufra una enfermedad o lesión potencialmente mortal.
- Obtener un servicio de atención al cliente puntual. Tiene derecho a no esperar más de 10 minutos para hablar con un representante durante las horas de trabajo normales de IEHP.
- Expresar Sus preocupaciones. Usted tiene derecho a quejarse de IEHP, de nuestros proveedores o del cuidado que recibe sin temor a perder Sus beneficios. IEHP le ayudará

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

con el proceso. Si no está de acuerdo con una decisión, Usted tiene derecho a solicitar una revisión. Usted tiene derecho a cancelar su afiliación a IEHP cuando así lo desee.

- Presente una queja formal en el idioma que prefiera utilizando el servicio de intérpretes o completando el formulario de queja formal traducido que está disponible en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).
- Servicio fuera de la red de proveedores de IEHP. Usted tiene derecho a obtener atención médica de emergencia y cuidado de urgencia mientras se encuentre fuera del área de servicio, y servicios en determinados centros cuando IEHP lo autorice, fuera de la red de proveedores de IEHP. Usted tiene derecho a recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite. Si recibe atención médica de emergencia fuera de EE. UU., tiene derecho al reembolso del costo de los servicios de emergencia hasta el Importe Máximo Permitido.
- Servicio e información en Su idioma. Tiene derecho a solicitar un intérprete sin costo alguno en lugar de recurrir a un Familiar o amigo para que le interprete. No debe utilizar a menores de edad para que le interpreten. Tiene derecho a solicitar otros materiales para los miembros en un idioma o formato (como letra grande o audio) que entienda.
- Conozca Sus derechos. Tiene derecho a obtener información sobre Sus derechos y responsabilidades. Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre estos derechos y responsabilidades.

Como miembro de IEHP, Usted tiene la responsabilidad de:

- Actuar con cortesía y respeto. Usted es responsable de tratar a su doctor de IEHP y a todos nuestros proveedores y personal con cortesía y respeto. Usted es responsable de llegar a tiempo a Sus citas o de llamar al consultorio de su doctor al menos 24 horas antes de la cita para cancelar o cambiarla.
- Facilitar información actualizada, precisa y completa. Usted es responsable de dar la información correcta que IEHP y Sus proveedores necesiten para brindarle atención médica. Usted es responsable de realizarse revisiones periódicas e informar a Su doctor sobre los problemas de salud antes de que se agraven. Usted es responsable de notificar a IEHP tan pronto como pueda si un proveedor le factura por error.
- Siga los consejos de su Doctor de Cuidado Primario y participe en Su cuidado. Usted es responsable de seleccionar un Doctor de Cuidado Primario o aceptar el Doctor de Cuidado Primario que IEHP le asigne. Usted es responsable de hablar de Sus necesidades médicas con su Doctor de Cuidado Primario, desarrollar y acordar objetivos, hacer todo lo posible por comprender Sus problemas de salud y seguir el tratamiento que ambos acuerden.
- Acudir a la sala de emergencias solo en caso de emergencia. Usted es responsable de acudir a la sala de emergencias en casos de emergencia o según se lo indique Su doctor o la línea gratuita de consejos de enfermería las 24 horas de IEHP. Si no está seguro de tener una emergencia, puede llamar a su doctor o llamar a la Línea gratuita de Consejos de Enfermería las 24 horas de IEHP al 1-888-244-4347 (TTY 711).
- Denuncie las infracciones. Usted es responsable de informar a IEHP sobre cualquier fraude o irregularidad en la atención médica. Puede denunciar sin dar Su nombre llamando gratuitamente a la Línea de Ayuda de Cumplimiento de IEHP al 1-866-355-9038.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Quejas formales, apelaciones, revisión médica independiente y arbitraje**

### **¿Qué debo hacer si no estoy satisfecho con el servicio que me ha prestado un proveedor médico, IEHP, o si no estoy satisfecho con mi cobertura, incluida una determinación adversa de beneficios?**

Una determinación adversa de beneficios significa una decisión de IEHP de negar, reducir, terminar o dejar de pagar todo o parte de un beneficio que se basa en:

- Rescisión de la cobertura, aunque no tenga un efecto desfavorable sobre un beneficio concreto en ese momento; o
- Determinación de la elegibilidad de un individuo para participar en este plan de IEHP; o
- Determinación de que un beneficio no está cubierto; o
- Una exclusión o limitación de un beneficio que de otro modo estaría cubierto, basada en una exclusión por afección preexistente o en una exclusión por origen de la lesión; o
- Determinación de que un beneficio es experimental, se encuentra en investigación o no es Médicamente Necesario o apropiado.

Si no está satisfecho, tiene problemas o preguntas sobre el servicio o la atención que se le ha prestado, puede hacérselo saber a su PCP. Su PCP podrá ayudarle o responder a sus preguntas. Hay dos formas de informar y resolver problemas:

1. Una queja (o queja formal) es cuando Usted tiene problemas con IEHP o un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que le haya proporcionado un proveedor.
2. Una apelación es cuando Usted no está de acuerdo con la decisión de IEHP de cambiar Sus servicios o de no cubrirlos.

Usted tiene derecho a presentar quejas formales y apelaciones ante IEHP para comunicarnos Su problema. Esto no elimina ninguno de Sus derechos y recursos legales. No lo discriminaremos ni tomaremos represalias en Su contra por quejarse ante nosotros. Informarnos sobre Su problema nos ayudará a mejorar la atención para todos los miembros. Siempre debe comunicarse primero a IEHP para informarnos sobre Sus problemas. Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

### **¿Qué es una queja formal?**

Una queja formal es una expresión de insatisfacción o una reclamación por parte de un miembro. La queja formal puede presentarse por escrito o verbalmente. Para las quejas formales relacionadas con la cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura, debe presentar Su queja formal o apelación ante IEHP dentro de los 180 días consecutivos del aviso de terminación. Para todas las demás cuestiones, deberá presentar su queja formal en un plazo de 365 días consecutivos a partir de la fecha del incidente o acción que haya ocasionado su queja. Algunos ejemplos son las quejas sobre:

- El servicio o la atención que le prestan su PCP u otros proveedores

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- El servicio o la atención que le presta su farmacia
- El servicio o la atención que le presta su hospital
- El servicio o la atención que le presta IEHP

### **¿Cómo presentar una queja formal?**

Tiene muchas formas de presentar una queja formal. Usted puede:

- Llamar a IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Proporcione su número identificación para miembros, su nombre y el motivo de su queja.
- Llamar a IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm, para pedir que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir Su nombre, el número de identificación para miembros y el motivo de Su queja. Díganos qué pasó y cómo podemos ayudarle.
- Envíe el formulario por correo a:  
IEHP  
Attention: Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

El consultorio de su doctor también tendrá disponibles los formularios de queja. También puede obtener formularios de queja en línea: visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

Los miembros también pueden llamar gratuitamente al Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (*DMHC*) al **1-888-466-2219** (TDD **1-877-688-9891**).

IEHP puede ayudarle a rellenar el formulario de queja formal por teléfono o en persona. Si necesita servicios de interpretación, trabajaremos con Usted para asegurarnos de que podamos comunicarnos en Su idioma de preferencia. Para los miembros con pérdida auditiva o del habla, puede llamar al número de teléfono TTY de IEHP para Servicios para Miembros de IEHP al 711.

En un plazo de cinco (5) días consecutivos de haber recibido Su queja formal, Usted recibirá una carta de IEHP diciéndole que tenemos Su queja y que estamos trabajando en ella. Para las quejas formales relacionadas con la cancelación, rescisión o no renovación, IEHP acusará recibo en un plazo de tres (3) días consecutivos. Luego, en un plazo de 30 días consecutivos a partir de haber recibido su queja formal, IEHP le enviará una carta para explicarle cómo se resolvió la queja formal.

La presentación de una queja formal no afecta a sus beneficios médicos. Si presenta una queja formal, es posible que pueda continuar con un servicio médico mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre la continuación de un servicio médico, llame a IEHP.

Si Usted no está satisfecho con los esfuerzos para resolver un problema con IEHP o con Su proveedor, antes de presentar un procedimiento de arbitraje, primero debe presentar una queja

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

formal o apelación contra IEHP llamando a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o enviando un formulario de queja formal para miembros a IEHP.

### **Si no está de acuerdo con el resultado de su queja formal**

Si no recibe noticias de IEHP en un plazo de 30 días consecutivos, o si no está de acuerdo con la decisión sobre su queja formal, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (“DMHC”). Para saber cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “Revisión por parte del Departamento de Administración de Servicios Médicos (DMHC)”.

### **Cómo presentar una queja por servicios de atención médica denegados o retrasados por no ser Medicamente Necesarios**

Si Usted cree que un servicio de atención médica ha sido denegado, cambiado o retrasado erróneamente por IEHP porque se consideró que no era Medicamente Necesario, puede presentar una queja formal. A esto se le conoce como un servicio de atención médica en disputa.

En un plazo de cinco (5) días consecutivos a partir de haber recibido Su queja formal, Usted recibirá una carta de IEHP diciendo que hemos recibido Su queja y que estamos trabajando en ella. La carta también le comunicará el nombre de la persona a cargo de su queja formal. Luego, en un plazo de 30 días consecutivos, Usted recibirá una carta para explicarle cómo se resolvió la queja formal.

La presentación de una queja formal no afecta a sus beneficios médicos. Si presenta una queja formal, es posible que pueda continuar con un servicio médico mientras se resuelve la queja. Para obtener más información sobre la continuación de un servicio médico, llame a IEHP.

### **Si no está de acuerdo con el resultado de su queja formal por servicios de atención médica denegados o retrasados por no ser médicamente necesarios**

Si no recibe noticias de IEHP en un plazo de 30 días consecutivos, o si no está de acuerdo con la decisión sobre su queja, puede llamar al Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (“DMHC”) y pedirles que revisen su queja o que realicen una revisión médica independiente. Puede llamar al DMHC al **1-888-466-2219** (TTD **1-877-688-9891**) o visitar la página web del DMHC para obtener más información: [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Si no está seguro ante quién puede presentar su queja, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

### **Cómo presentar una queja formal para casos urgentes**

Algunos ejemplos de casos urgentes son:

- Dolor severo
- Pérdida potencial de la vida, de un miembro o de una función corporal importante
- Deterioro inmediato y grave de su salud

En casos urgentes, puede solicitar una "revisión acelerada" de su queja formal. Recibirá una llamada sobre su queja formal en un plazo de 24 horas. Si Su queja formal cumple con los

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

criterios de un caso urgente, IEHP tomará una decisión en un plazo de tres (3) días consecutivos a partir del día en que se recibió Su queja formal.

Usted tiene derecho a presentar una queja formal urgente ante el DMHC sin presentar una queja formal ante IEHP. Para saber cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “Revisión por parte del Departamento de Administración de Servicios Médicos (*DMHC*)”.

### **Si no está de acuerdo con el resultado de su queja formal para casos urgentes**

Si no recibe noticias de IEHP en un plazo de 3 días consecutivos, o si no está de acuerdo con la decisión sobre su queja formal, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (*DMHC*). Para saber cómo presentar una queja ante el DMHC, consulte la sección “Revisión por parte del Departamento de Administración de Servicios Médicos (*DMHC*)”.

### **Cómo presentar una queja formal para apelar una decisión de autorización previa de un medicamento recetado**

Si no está de acuerdo con el resultado de una decisión de excepción a la cobertura, Usted, un representante o Su proveedor tienen derecho a apelar la decisión. Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que la solicitud de excepción a la cobertura vuelva a ser evaluada por un revisor externo a través de una Organización de Revisión Independiente (*Independent Review Organization, “IRO”*). Usted, un representante o su proveedor también pueden solicitar que la decisión de excepción a la cobertura sea reevaluada por el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (“*DMHC*”) a través de una revisión médica independiente (“*IMR*”). Consulte la sección “Revisión Médica Independiente”. Recibirá información sobre cómo presentar una apelación, una revisión externa y una IMR con Su carta de denegación.

### **Revisión Médica Independiente (*IMR*)**

Puede solicitar una Revisión Médica Independiente (“*IMR*”) al DMHC. Si el DMHC accede a ampliar el plazo de solicitud, dispone de hasta seis (6) meses o más para presentar una IMR a partir de la fecha de denegación. Recibirá información sobre cómo presentar una IMR con Su carta de denegación. Las cartas de resolución de quejas formales también incluyen información sobre cómo solicitar una IMR y se adjuntará a la carta de resolución de quejas formales una copia del formulario de solicitud de IMR y el sobre dirigido al DMHC. Puede ponerse en contacto con el DMHC llamando gratuitamente al **1-888-466-2219**. Si Su queja formal requiere una revisión acelerada, puede comunicárselo al DMHC de inmediato. El DMHC puede no aplicar el requisito de que Usted siga el proceso de quejas formales de IEHP en casos extraordinarios y urgentes.

No hay cargos por una IMR. Tiene derecho a proporcionar información para respaldar Su solicitud de una IMR. Después de que se haya enviado la solicitud de IMR, la decisión de no

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



participar en el proceso de IMR puede hacerle perder ciertos derechos legales para emprender acciones legales contra el plan.

Puede presentar una IMR si cumple con estos requisitos:

- Su doctor dice que Usted necesita un servicio de atención médica porque es **Medicamento Necesario**, y se lo deniegan; o bien
- Recibió servicios de emergencia o urgentes considerados necesarios y le fueron denegados; o
- Ha acudido a un doctor de la red para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, aunque los servicios de atención médica no hayan sido recomendados.
- El servicio de atención médica en disputa es denegado, cambiado o retrasado por IEHP basado total o parcialmente en una decisión de que el servicio de atención médica no es **Medicamento Necesario**, o
- Usted ha presentado una queja formal ante IEHP y la decisión en disputa es confirmada por IEHP o la queja sigue sin resolverse después de 30 días consecutivos.

La disputa se presentará a un especialista médico del DMHC si es elegible para una IMR. El especialista tomará una decisión independiente sobre si la atención es o no **Medicamento Necesario**. Recibirá una copia de la decisión de la IMR del DMHC. Si se decide que el servicio es **Medicamento Necesario**, IEHP proporcionará el servicio de atención médica.

### **Casos no urgentes**

Para los casos no urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse en un plazo de 30 días consecutivos. El periodo de 30 días comienza cuando el DMHC recibe su solicitud y todos los documentos.

### **Casos urgentes**

Si Su queja formal es urgente y requiere una revisión rápida, puede comunicárselo al DMHC de inmediato. No se le pedirá que participe en el proceso de quejas formales del plan de salud.

Para los casos urgentes, la decisión de la IMR debe tomarse en un plazo de tres (3) días consecutivos a partir del momento en que se reciba su información. Algunos ejemplos de casos urgentes son:

- Dolor intenso
- Pérdida potencial de la vida, de un miembro o de una función corporal importante
- Deterioro inmediato y grave de su salud

### **Revisión médica independiente para la denegación de terapias experimentales o en investigación**

También puede tener derecho a una IMR, a través del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California, cuando deneguemos la cobertura de medicamentos, dispositivos, procedimientos o terapias, que hayamos determinado que son experimentales o que están en investigación.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Debe padecer una enfermedad potencialmente mortal o gravemente debilitante.
- Su Médico debe certificar a IEHP que Usted tiene una afección potencialmente mortal o gravemente debilitante, para la cual las terapias estándar no han sido efectivas para mejorar su afección o son médicamente inapropiadas por alguna otra razón y no existe una terapia más beneficiosa cubierta por IEHP.
- Su Médico debe certificar que es probable que la terapia experimental o en investigación propuesta sea más beneficiosa que las terapias estándar disponibles o, como alternativa, Usted debe presentar una solicitud de una terapia que, basándose en la documentación que presente de las pruebas médicas y científicas, sea probablemente más beneficiosa que las terapias estándar disponibles.
- IEHP le debe haber negado la cobertura de la terapia recomendada o solicitada.
- Si no fuera por la determinación de IEHP de que el tratamiento recomendado o solicitado es experimental o está en investigación, estaría cubierto.

Le notificaremos por escrito la oportunidad de solicitar una IMR de una decisión de denegación de una terapia experimental o en investigación en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir de la decisión de denegación de cobertura.

Usted no está obligado a participar en el proceso de quejas formales de IEHP antes de solicitar una IMR de nuestra decisión de denegar la cobertura de una terapia experimental o en investigación.

Si un médico indica que la terapia propuesta sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud, la decisión de la IMR se emitirá en un plazo de siete (7) días consecutivos a partir de la solicitud completada de una revisión acelerada. Si el panel de la IMR recomienda que IEHP cubra la terapia recomendada o solicitada, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones generalmente aplicables a otros beneficios a los que Usted tiene derecho. La decisión de no participar en el proceso de la IMR puede hacer que Usted pierda cualquier derecho legal a emprender acciones legales contra IEHP en relación con la denegación de la terapia recomendada o solicitada. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Revisión por el Departamento de Administración de Servicios Médicos**

El Departamento de Administración de Servicios Médicos de California es responsable de regular los planes de servicios médicos. Si tiene una queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan de salud al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. Seguir este proceso de quejas formales no prohíbe el ejercicio de derechos legales o de recursos que puedan estar disponibles para Usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no resolvió de manera satisfactoria o una queja formal que no se resolvió en el plazo de 30 días, puede llamar al departamento para obtener asistencia. También es posible que cumpla los requisitos para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si Usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que sean experimentales o estén en investigación y las disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El Departamento tiene un número de teléfono gratuito **(1-888-466-2219)** y **una línea TDD (1-877-688-9891)** para las personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhc.ca.gov**, encontrará formularios para la presentación de quejas, solicitudes de IMR e instrucciones en línea.

El proceso de quejas formales de IEHP y el proceso de revisión de quejas del DMHC son adicionales a cualquier otro procedimiento de resolución de disputas que pueda estar disponible para Usted, y el hecho de que Usted no utilice estos procesos no impide que Usted utilice cualquier otro recurso provisto por la ley. IEHP le ayudará con los servicios de interpretación si habla un idioma que no sea el inglés. Si Usted es un miembro con sordera o déficit auditivo, puede utilizar los números gratuitos TTY que aparecen en el apartado "Cómo presentar una queja formal". Con Su consentimiento por escrito, su doctor también puede presentar una apelación en su nombre.

### **ARBITRAJE OBLIGATORIO: ACUERDO PARA RESOLVER TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDA LA FUTURA QUEJA POR NEGLIGENCIA PROFESIONAL MEDIANTE ARBITRAJE OBLIGATORIO**

**\*\*\*Información importante sobre Sus derechos\*\*\***

Todas y cada una de las controversias de cualquier tipo, incluidas, entre otras, las quejas relacionadas con la cobertura y la prestación de servicios en virtud de este Plan, que pueden incluir, entre otras, las quejas por negligencia profesional (por ejemplo, en caso de cualquier disputa o controversia que surja del diagnóstico, tratamiento o atención del paciente por parte del proveedor de atención médica) o quejas de que los servicios médicos prestados bajo el producto fueron innecesarios o no autorizados o fueron realizados de manera inadecuada, negligente o incompetente, entre el miembro (incluidos cualquier heredero, sucesor o cesionario del miembro) e IEHP, o cualquiera de sus empresas matrices, subsidiarias, afiliadas, sucesoras o cesionarias, deberán someterse a un arbitraje obligatorio de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley Federal de Arbitraje, Código de EE. UU. (United States Code, U.S.C.) 9 Secciones 1-16, Código de Procedimientos Civiles de California, secciones 1280 y siguientes, y la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Cualquier disputa de este tipo no se resolverá mediante una demanda, ni se recurrirá a un proceso judicial, ni estará sujeta a apelación, excepto lo dispuesto por las leyes aplicables. Cualquier arbitraje en virtud de esta disposición tendrá lugar de forma individual; no se permiten los arbitrajes colectivos ni las demandas colectivas.

El miembro e IEHP acuerdan que, al celebrar el acuerdo que inscribe al miembro en este producto, el miembro e IEHP renuncian cada uno al derecho a un juicio por jurado o a participar en una demanda colectiva. El miembro e IEHP renuncian a sus derechos constitucionales a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal judicial ante un jurado y, en su lugar, aceptan el uso de un arbitraje final y obligatorio de acuerdo con las Reglas y Procedimientos

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Integrales de JAMS, y la administración del arbitraje estará a cargo de JAMS o de cualquier otro servicio de arbitraje que las partes acuerden por escrito. La sentencia sobre el fallo dictado por el árbitro podrá ser presentada ante cualquier tribunal competente.

Las partes se esforzarán por llegar a un acuerdo mutuo para la designación del árbitro, pero si dicho acuerdo no puede alcanzarse en un plazo de 30 días consecutivos a partir de la fecha de recepción del aviso de inicio del arbitraje, se utilizarán los procedimientos de designación de árbitros de las Reglas y Procedimientos Integrales de JAMS. El árbitro celebrará una audiencia en un plazo razonable a partir de la fecha de aviso de la selección del árbitro neutral.

Las audiencias de arbitraje se celebrarán en el condado en el que resida el miembro o en cualquier otra ubicación que las partes acuerden por escrito. La revelación de pruebas civiles podrá realizarse en dicho arbitraje de conformidad con el Código de Procedimiento Civil de California, secciones 1280-1294.2. El árbitro seleccionado tendrá la facultad de controlar el momento, el alcance y la forma de la realizar la revelación de pruebas, y tendrá además los mismos poderes para hacer cumplir los respectivos deberes de las partes en relación con la revelación, como lo haría un tribunal judicial estatal de California incluyendo, pero no limitado a, la imposición de sanciones. El árbitro estará facultado para conceder todos los recursos de conformidad con la legislación aplicable y sujeto a las limitaciones de la misma.

El árbitro preparará por escrito un fallo que indique la parte o partes vencedoras, la cantidad y otros términos relevantes del fallo, y que incluya las razones de hecho y de derecho de la decisión. El requisito de arbitraje obligatorio no impedirá que una de las partes solicite una orden de restricción temporal o una medida cautelar u otros recursos provisionales a un tribunal con jurisdicción; sin embargo, todas y cada una de las demás quejas o causas de acción, incluidas, pero sin limitarse a ellas, aquellas que sean por daños y perjuicios, estarán sujetas a arbitraje obligatorio según lo aquí dispuesto.

Las partes se dividirán en partes iguales los costos y gastos de JAMS y del árbitro. En casos de dificultad económica extrema, IEHP puede asumir totalmente o parcialmente la parte del miembro de los honorarios y gastos de JAMS y del árbitro, siempre y cuando el miembro presente una solicitud de dificultad económica extrema a JAMS. La solicitud de dificultad económica extrema se presentará en la forma y con la información y documentación que exija JAMS. JAMS (y no el árbitro neutral asignado para conocer del caso) determinará si concede la solicitud de dificultad económica extrema del miembro.

**TODAS LAS PARTES ACUERDAN EXPRESAMENTE RENUNCIAR A SU DERECHO CONSTITUCIONAL A QUE LAS DISPUTAS ENTRE ELLAS SE RESUELVAN ANTE UN JURADO Y ACEPTAN, EN SU LUGAR, EL USO DE UN ARBITRAJE OBLIGATORIO.**

**Transferencia involuntaria a otro Médico de Cuidado Primario**

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

IEHP puede transferirle a otro PCP bajo determinadas circunstancias. A continuación, encontrará ejemplos de circunstancias que pueden dar lugar a una transferencia involuntaria, según se especifica.

- Negativa a seguir el tratamiento: Usted puede ser transferido involuntariamente a un PCP alternativo si se niega continuamente a seguir el tratamiento recomendado o los procedimientos establecidos de IEHP o del PCP. IEHP le ofrecerá la oportunidad de desarrollar una relación aceptable con otro PCP.
- Comportamiento perturbador o amenazante: Usted puede ser transferido involuntariamente a un PCP alternativo si perturba repetidamente las operaciones del PCP o de IEHP hasta el punto de que las operaciones normales del consultorio del Médico o de IEHP se vean afectadas negativamente.
- Comportamiento abusivo: Usted puede ser transferido involuntariamente a un PCP alternativo si muestra un comportamiento de naturaleza abusiva o amenazante hacia el proveedor de atención médica, su personal del consultorio, el PCP contratado o el personal de IEHP.
- Acceso geográfico inadecuado para la atención médica: Usted puede ser transferido involuntariamente a un PCP alternativo si se determina que Su residencia no se encuentra dentro de un acceso razonable a Su PCP actual.

Pueden existir otras circunstancias para la transferencia involuntaria a un PCP alternativo cuando el Médico o Médicos tratantes hayan determinado que existe una incapacidad para continuar proporcionándole cuidados porque la relación médico-paciente se ha visto comprometida hasta el punto de que la confianza y el respeto mutuos se han visto afectados. Los Médicos tratantes deben trabajar siempre dentro del código de ética establecido a través de la Asociación Médica Estadounidense (*American Medical Association, "AMA"*). Para obtener más información sobre el código de ética de la AMA, consulte el sitio web de la Asociación Médica Estadounidense en <http://www.ama-assn.org>. De acuerdo con el código de ética, el Médico le proporcionará un aviso antes de cesar sus servicios como Su Médico tratante, que le permitirá comunicarse con IEHP y hacer arreglos alternativos de atención médica.

IEHP llevará a cabo una investigación justa de los hechos antes de realizar cualquier transferencia involuntaria por cualquiera de las razones anteriores.

### **Evaluación tecnológica**

Las nuevas tecnologías son aquellos procedimientos, medicamentos o dispositivos que se han desarrollado recientemente para el tratamiento de enfermedades o afecciones específicas o son nuevas aplicaciones de procedimientos, medicamentos o dispositivos ya existentes. Las nuevas tecnologías se consideran en investigación o experimentales durante varias etapas de estudio clínico, a medida que se evalúan la seguridad y la eficacia, y la tecnología logra ser aceptada en los estándares de atención médica. Las tecnologías pueden seguir considerándose en investigación o experimentales si el estudio clínico no ha demostrado su seguridad o eficacia o si no son consideradas como cuidados estándar por la especialidad médica correspondiente. Las tecnologías aprobadas se integran en los beneficios de IEHP.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

IEHP determina si las nuevas tecnologías deben ser consideradas médicamente apropiadas, o en investigación o experimentales, después de una extensa revisión de la investigación médica por parte de Médicos debidamente especializados. IEHP solicita la revisión de nuevas tecnologías por parte de un revisor médico experto e independiente con el fin de determinar la idoneidad médica o el estado de investigación o experimental de una tecnología o procedimiento.

El revisor médico experto también aconseja a IEHP cuando los pacientes requieren determinaciones rápidas de cobertura, cuando no existe un principio rector para ciertas tecnologías o cuando la complejidad de la condición médica de un paciente requiere la evaluación de un experto. Si IEHP niega, modifica o retrasa la cobertura de Su tratamiento solicitado sobre la base de que es experimental o está en investigación, Usted puede solicitar una revisión médica independiente (“*IMR*”) de la decisión de IEHP al Departamento de Administración de Servicios Médicos de California. Para más detalles, consulte el apartado "Revisión Médica Independiente de las quejas formales relacionadas con un servicio de atención médica en disputa" de la sección "Disposiciones generales".

### **Disputas por negligencia médica**

IEHP y los proveedores de atención médica que le brindan servicios a Usted a través de este Plan son cada uno responsables de sus propios actos u omisiones y, por lo general, no se hacen cargo de los actos u omisiones ni de los costos de defensa de otros individuos.

## **Recuperación de los beneficios pagados por IEHP**

### **Cuando se lesiona**

Si alguna vez se lesiona a causa de las acciones de otra persona o de Usted mismo (parte responsable), IEHP le proporcionará beneficios para todos los Servicios Cubiertos que obtenga a través de este Plan. Sin embargo, si Usted recibe dinero o tiene derecho a recibir dinero debido a Sus lesiones, ya sea a través de un acuerdo, una sentencia o cualquier otro pago asociado con Sus lesiones, IEHP o los proveedores médicos conservan el derecho de recuperar el valor de cualquier servicio que se le haya proporcionado a través de este Plan.

Así como se utiliza a lo largo de esta disposición, el término parte responsable hace referencia a cualquier parte real o potencialmente responsable de realizar cualquier pago a un miembro debido a una lesión, enfermedad o afección suya. El término parte responsable incluye al asegurador de la responsabilidad civil de dicha parte o cualquier cobertura de seguro.

Algunos ejemplos de cómo Usted podría resultar lesionado por las acciones de una parte responsable son:

- Sufrir un accidente de tráfico; o
- Resbalarse y caerse en una tienda.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Los derechos de recuperación de IEHP se aplican a todas y cada una de las recuperaciones hechas por Usted o en su nombre de estas fuentes, incluidos, entre otros:

- Pagos efectuados por un tercero o por una compañía de seguros en nombre de un tercero.
- Cobertura de motorista sin seguro o con seguro insuficiente.
- Protección contra lesiones personales, cobertura sin culpa o cualquier otra cobertura de la primera parte.
- Indemnización por accidente laboral o indemnización por incapacidad.
- Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza de automóvil, cobertura de seguro de instalaciones o propietarios, cobertura de responsabilidad extendida.
- Cualquier otro pago de cualquier otra fuente recibido como compensación por las acciones de la parte responsable.

Al aceptar los beneficios de este Plan, Usted reconoce que IEHP tiene derecho de reembolso, que se aplica cuando este Plan ha pagado los beneficios de atención médica por gastos incurridos debido a las acciones de una parte responsable y Usted o Su representante recupera o tiene derecho a recuperar cualquier monto de la parte responsable.

Según la ley de California, el derecho legal de IEHP al reembolso crea un gravamen médico sobre cualquier recuperación.

Al aceptar los beneficios de este Plan, Usted también otorga a IEHP una cesión de Su derecho a recuperar los gastos médicos de cualquier cobertura de pagos médicos disponible en la medida del costo total de todos los Servicios Cubiertos proporcionados por el Plan y Usted ordena a dichas compañías de pagos médicos que reembolsen directamente al Plan en Su nombre.

### **Pasos que debe seguir**

Si Usted se lesiona a causa de una parte responsable, debe cooperar de la siguiente manera con los esfuerzos de IEHP y de los proveedores médicos para obtener el reembolso:

- Decirle a IEHP y a los proveedores médicos el nombre y la dirección de la parte responsable, si Usted lo sabe, el nombre y la dirección de Su abogado, si Usted está usando un abogado, el nombre y la dirección de cualquier compañía de seguros involucrada con Sus lesiones y describir cómo fueron causadas las lesiones;
- Completar cualquier documentación que IEHP o los proveedores médicos puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el gravamen;
- Responder con prontitud a las preguntas de los acreedores prendarios sobre el estado del caso y sobre cualquier discusión para llegar a un acuerdo;
- Notificar a los acreedores prendarios inmediatamente después de que Usted o Su abogado reciban cualquier dinero de las partes responsables, de cualquier compañía de seguros o de cualquier otra fuente;
- Pagar el gravamen médico de cualquier recuperación, acuerdo o sentencia, u otra fuente de compensación, y todo reembolso debido a IEHP por el costo total de los beneficios pagados bajo el Plan, que estén asociados con lesiones a través de una parte responsable, sin

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

importar si se identifica como recuperación por gastos médicos y sin importar si Usted es indemnizado o compensado completamente por Su pérdida;

- No hacer nada que perjudique los derechos de IEHP según lo establecido anteriormente. Esto incluye, pero no se limita a, abstenerse de cualquier intento de reducir o excluir de la liquidación o recuperación, el costo total de todos los beneficios pagados por el plan; y
- Retener cualquier dinero que Usted o Su abogado reciban de las partes responsables, o de cualquier otra fuente, en fideicomiso y reembolsar a IEHP y a los proveedores médicos el monto del gravamen tan pronto como se le pague a Usted.

### **Cómo se determina el importe de su reembolso**

La siguiente sección no es aplicable a los gravámenes de indemnización por accidente laboral y puede no aplicarse a ciertos planes de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (*Employee Retirement Income Security Act, ERISA*), gravámenes hospitalarios, planes de Medicare y algunos otros programas, y puede ser modificada por acuerdo escrito.\*

Su reembolso a IEHP o al proveedor médico bajo este gravamen se basa en el valor de los servicios que Usted recibe y los costos de perfeccionar este gravamen. Con el fin de determinar el importe del gravamen, el valor de los servicios dependerá de cómo se pagó al proveedor y, como se resume a continuación, se calculará de acuerdo con el Código Civil de California, Sección 3040, o como permita la ley.

- El monto del reembolso que Usted le debe a IEHP o al Grupo de Médicos se reducirá en el porcentaje en que se reduzca Su recuperación si un juez, jurado o árbitro determina que Usted fue responsable de alguna parte de Sus lesiones.
- A la cantidad del reembolso que Usted le debe a IEHP o al Grupo de Médicos también se le reducirá una parte proporcional por cualquier honorario o costo legal que Usted haya pagado del dinero que recibió.
- La cantidad que Usted deberá reembolsar a IEHP o al Grupo de Médicos por los servicios que reciba bajo este Plan no excederá un tercio del dinero que Usted reciba si contrata a un abogado o la mitad del dinero que Usted reciba si no contrata a un abogado.

\* El reembolso relacionado con los beneficios de indemnización por accidente laboral, planes de la ERISA, gravámenes hospitalarios, Medicare y otros programas no cubiertos por el Código Civil de California, Sección 3040, se determinará de acuerdo con las disposiciones de esta Evidencia de Cobertura y las leyes aplicables.

### **Subrogación por Acuerdo de Maternidad Subrogada**

Si un miembro celebra un Acuerdo de Subrogación y el miembro o cualquier otro beneficiario tiene derecho a recibir pagos u otra compensación en virtud del Acuerdo de Subrogación, el miembro debe reembolsar a IEHP los Servicios Cubiertos que el miembro reciba relacionados con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto, en relación con ese acuerdo (“Servicios de Salud de Subrogación”) en la medida máxima permitida por la Sección 3040 del Código Civil de California. Un “Acuerdo de Maternidad Subrogada” es aquel en el que una

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



mujer acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o bebés) a otra persona o personas que pretenden criar al niño (o niños), independientemente de que la mujer reciba o no una remuneración por ser una madre sustituta. Nota: Esta sección “Acuerdo de Maternidad Subrogada” no afecta a la obligación del miembro de pagar el Copago o Coseguro de estos Servicios Cubiertos. Después de que el miembro entregue un bebé a los padres legales, el miembro no está obligado a reembolsar los Servicios Cubiertos que reciba el bebé (los padres legales son los responsables económicos de los Servicios Cubiertos que reciba el bebé).

Al aceptar los Servicios de Salud por Subrogación, el miembro cede automáticamente a IEHP el derecho del miembro a recibir los pagos que correspondan al miembro o a cualquier otro beneficiario en virtud del Acuerdo de Subrogación, independientemente de si dichos pagos se caracterizan por ser para gastos médicos. Para garantizar los derechos de IEHP, IEHP también tendrá un gravamen sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso o cualquier otra cuenta que mantenga esos pagos. Esos pagos (y las cantidades en cualquier cuenta de depósito en garantía, fideicomiso u otra cuenta que mantenga esos pagos) se aplicarán primero para satisfacer el gravamen de IEHP.

La cesión y el gravamen de IEHP no excederán la cantidad total de la obligación del miembro con IEHP en virtud del párrafo anterior.

Dentro de los siguientes 30 días consecutivos después de la celebración de un Acuerdo de Maternidad Subrogada, el miembro deberá enviar una notificación por escrito del acuerdo, que incluya toda la información siguiente:

- Nombres, direcciones y números de teléfono de las otras partes del acuerdo.
- Nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier depositario o fideicomisario.
- Nombres, direcciones y números de teléfono de los futuros padres y de cualquier otra parte que sea responsable económicamente de los Servicios Cubiertos que reciba el bebé (o bebés), incluidos los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier seguro médico que cubra los Servicios Cubiertos que reciba el bebé (o bebés).
- Una copia firmada de los contratos y otros documentos que expliquen el acuerdo
- Cualquier otra información que IEHP solicite para satisfacer los derechos de IEHP

El miembro debe enviar esta información a la dirección que aparece en la primera página de este acuerdo.

El miembro debe completar y enviar a IEHP todos los consentimientos, liberaciones, autorizaciones, formularios de gravamen y otros documentos que sean razonablemente necesarios para que IEHP determine la existencia de cualquier derecho que IEHP pueda tener bajo esta sección de “Acuerdo de Maternidad Subrogada” y para satisfacer esos derechos.

El miembro no puede acordar renunciar, liberar o reducir los derechos de IEHP bajo esta sección de “Acuerdos de Maternidad Subrogada” sin el consentimiento previo y por escrito de IEHP.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Si el estado, padre, tutor o custodio del miembro hace valer una queja contra un tercero basado en el Acuerdo de Maternidad Subrogada, el estado, padre, tutor o custodio del miembro estará sujeto a los gravámenes y otros derechos de IEHP en la misma medida que si el miembro hubiera hecho valer la queja contra el tercero. IEHP puede ceder los derechos a IEHP para hacer cumplir los gravámenes y otros derechos de IEHP. Si el miembro tiene preguntas sobre las obligaciones del miembro de acuerdo a esta disposición, por favor comuníquese con Servicios para miembros de IEHP.

### **Relación de las partes**

Los Médicos, Hospitales y otros proveedores de atención médica contratados no son agentes ni empleados de IEHP.

IEHP y sus empleados no son agentes ni empleados de ningún grupo médico, Médico, Hospital u otro proveedor de atención médica.

Todas las partes son contratistas independientes y se contratan entre sí para proporcionarle los Servicios Cubiertos o suministros de este Plan.

Los miembros no son responsables de ningún acto u omisión de IEHP, sus agentes o empleados o de los grupos de médicos, cualquier Médico u Hospital o cualquier otra persona u organización con la que IEHP haya hecho o vaya a hacer acuerdos para proporcionar los Servicios Cubiertos y los suministros de este Plan.

### **Relación proveedor-paciente**

Los Médicos mantienen una relación doctor-paciente con el miembro y son los únicos responsables de prestar servicios médicos profesionales. Los Hospitales mantienen una relación hospital-paciente con el miembro y son los únicos responsables de prestar servicios hospitalarios profesionales.

### **Responsabilidad por cargos o quejas**

Aunque no es probable, es posible que IEHP no pueda pagar a un proveedor de IEHP. Si esto ocurre, el proveedor se ha comprometido contractualmente a no reclamar el pago al miembro.

Sin embargo, esta disposición solo se aplica a los proveedores bajo contrato con IEHP. Usted puede ser responsable por el costo de los servicios o suministros recibidos de un proveedor no participante si IEHP no le paga a ese proveedor. Esto no se aplica a los servicios de emergencia de un proveedor no contratado ni a los servicios prestados por un proveedor no contratado en un centro de la red.

Esta disposición no afecta a Su obligación de pagar cualquier Copago o Coseguro requerido o de pagar los servicios y suministros que este Plan no cubra.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Responsabilidad por Medicamentos Recetados**

IEHP no será responsable de ninguna queja o demanda como resultado de daños relacionados con la fabricación, composición, dispensación o uso de cualquier Medicamento Recetado que cubra este Plan.

### **Administradores de contratación**

IEHP puede designar o reemplazar a cualquier administrador contratado que proporcione los Servicios Cubiertos y los suministros de este Plan. Si IEHP designa o reemplaza a cualquier administrador y como resultado cambian los procedimientos, IEHP le informará a Usted.

Cualquier administrador designado por IEHP es un contratista independiente y no un empleado ni agente de IEHP, a menos que se especifique lo contrario en esta EOC.

### **Autoridad para tomar decisiones**

IEHP tiene autoridad discrecional para interpretar los beneficios de este Plan y para determinar cuándo los servicios están cubiertos por el Plan.

### **Cobertura gubernamental**

#### **Medicare**

Si Medicare ha hecho el pago primario o está obligado a hacerlo de acuerdo con la ley federal e IEHP ha proporcionado los servicios, IEHP obtendrá el reembolso de Medicare, de cualquier organización o persona que reciba los pagos a los que IEHP tenga derecho.

#### **Medi-Cal**

Medi-Cal es el último en pagar en todos los casos. IEHP no intentará obtener el reembolso de Medi-Cal.

### **Administración de veteranos**

IEHP no intentará obtener reembolso del Departamento de Asuntos de los Veteranos (*Veterans' Affairs*, "VA") por atención médica relacionada o no con el servicio.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Disposiciones varias**

### **Participación en las políticas públicas**

IEHP es un plan de salud público independiente de atención médica coordinada dirigido por una Junta Directiva. La Junta Directiva de IEHP se reúne mensualmente. IEHP le anima a:

- Asistir a las reuniones de la Junta Directiva
- Hacer comentarios públicos en la reunión de la Junta Directiva
- Participar en el establecimiento de políticas que garanticen el confort, la dignidad y la comodidad de los miembros, sus familias y el público en general cuando busquen servicios médicos. (Código de Salud y Seguridad 1369)

### **Beneficios no transferibles**

Ninguna persona que no sea un miembro debidamente inscrito tiene derecho a recibir los beneficios de este Plan. Su derecho a los beneficios no es transferible a ninguna otra persona o entidad.

Si utiliza los beneficios de forma fraudulenta, se cancelará Su cobertura. IEHP tiene derecho a emprender las acciones legales pertinentes.

### **Aviso de reclamación para reembolso**

En la mayoría de los casos, Usted no necesitará presentar una reclamación para recibir los beneficios que le proporciona este Plan. Sin embargo, si necesita presentar una reclamación (por ejemplo, por Atención Médica de Emergencia o Cuidado de Urgencia de un proveedor que no pertenezca al IEHP), deberá hacerlo en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que recibió los servicios o suministros. Cualquier reclamación presentada más de un (1) año después de la fecha en que se incurrió en el gasto no será pagada, a menos que se demuestre que no era razonablemente posible presentarla dentro de ese plazo y que Usted la ha presentado tan pronto como ha sido razonablemente posible. Podrá presentar una reclamación para reembolso, por encima de los costos compartidos, si pagó por algún servicio o receta cubiertos que fueron aprobados o no requieren aprobación.

Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para obtener formularios para presentar una reclamación.

Si necesita presentar una reclamación por servicios de emergencia o por servicios autorizados por Su PCP ante IEHP, envíe un formulario de reclamación completado a:

IEHP  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Reclamaciones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios**

Por favor, envíe el formulario de reclamación de medicamentos recetados completado a:

IEHP  
C/O MedImpact  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visite el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) para obtener formularios de reclamación de medicamentos recetados.

### **Reclamaciones dentales pediátricas**

Si recibe servicios dentales pediátricos de urgencia, Usted deberá pagar los gastos al dentista y presentarnos una reclamación para que determinemos los beneficios. Para obtener más información sobre las reclamaciones para servicios dentales pediátricos cubiertos, puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o escribir a:

IEHP  
c/o Liberty Dental  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Para que se le reembolsen los servicios dentales pediátricos de emergencia, Usted debe notificar a Servicios para Miembros de IEHP en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas después de recibir dichos servicios. Si su estado físico no le permite realizar dicha notificación, deberá realizarla tan pronto como le sea razonablemente posible. Por favor, incluya Su nombre, número de identificación familiar, dirección y número de teléfono en todas las solicitudes de reembolso.

Para más información, póngase en contacto con Liberty Dental llamando al 1-888-LIBERTY, de lunes a viernes, 8am-5pm.

### **Fraude en los planes de salud**

El fraude en los planes de salud se define como un engaño o tergiversación por parte de un proveedor, miembro o cualquier persona que actúe en su nombre. Es un delito grave que puede ser perseguido. Cualquier persona que participe de forma voluntaria y consciente en una actividad destinada a defraudar al plan de salud presentando una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Si le preocupa alguno de los cargos que aparecen en una factura o en un formulario de explicación de los Beneficios o si sabe o sospecha de alguna actividad ilegal, llame a la línea directa gratuita de IEHP para fraudes al 1-800-977-3565. La línea directa contra fraudes funciona 24 horas al día, siete días a la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

### **Interrupción de los cuidados**

Circunstancias fuera del control de IEHP pueden interrumpir los cuidados; por ejemplo, un desastre natural, guerra, disturbios, insurrección civil, epidemia, destrucción total o parcial de las instalaciones, explosión atómica u otra liberación de energía nuclear, incapacidad de personal significativo del Grupo Médico o un evento similar.

Si circunstancias fuera del control de IEHP resultan en que Usted no pueda obtener los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios o los suministros de este Plan, IEHP hará un esfuerzo de buena fe para proporcionar o hacer arreglos para esos servicios o suministros dentro de la disponibilidad restante de sus instalaciones o personal. En caso de emergencia, acuda al doctor o al Hospital más cercano. Consulte "Atención médica de Emergencia y Cuidado de Urgencia" en la sección "Introducción a IEHP".

### **Transferencia de expedientes médicos**

Un proveedor de atención médica puede cobrar una tarifa razonable por los gastos de preparación, copia, envío o entrega de la transferencia de Su expediente médico. Cualquier gasto asociado a la transferencia de expedientes médicos será responsabilidad del miembro. La ley estatal limita la tarifa que los proveedores pueden cobrar por la copia de los expedientes a no más de veinticinco centavos (\$0.25) por página, o cincuenta centavos (\$0.50) por página para los expedientes que se copien de microfilm y cualquier costo administrativo adicional razonable en el que se incurra para que los registros estén disponibles. Puede haber costos adicionales por copias de radiografías u otros materiales de diagnóstico por imagen.

### **Confidencialidad de los expedientes médicos**

Hay disponible una declaración que describe las políticas y los procedimientos de IEHP para preservar la confidencialidad de los expedientes médicos y se le entregará a solicitud.

### **Aviso de prácticas de privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

### **Deberes de las entidades cubiertas**

IEHP\* (a la que se referirá como "nosotros" o "el Plan") es una Entidad Cubierta según se define y regula en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, "HIPAA") de 1996. La ley obliga a IEHP a mantener la privacidad de Su información médica protegida (*protected health information*, "PHI"), a proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI, a cumplir con los términos del aviso en vigencia y a notificarle en caso de una violación de su PHI no protegida. La PHI es información sobre Usted, incluida la información demográfica, que pueda utilizarse razonablemente para identificarle y que esté

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

relacionada con Su salud física o mental pasada, presente o futura, o a su enfermedad, con la prestación de atención médica a Usted o con el pago de dicha atención.

Este aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su PHI. También describe Sus derechos de acceso, modificación y gestión de su PHI y cómo ejercer dichos derechos. Todos los demás usos y divulgaciones de Su PHI no descritos en este aviso se harán únicamente con Su autorización por escrito.

IEHP se reserva el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de poner en vigor el aviso revisado o modificado de su PHI que ya tengamos, así como para cualquiera de sus PHI que recibamos en el futuro. IEHP revisará y distribuirá con prontitud este aviso siempre que haya un cambio material en:

- Los usos o divulgaciones
- Sus derechos
- Nuestras obligaciones legales
- Otras prácticas de privacidad indicadas en el aviso.

Pondremos a su disposición los avisos revisados en nuestra página web y en la EOC.

#### **Protecciones internas de la PHI oral, escrita y electrónica:**

IEHP protege su PHI. Disponemos de procesos de privacidad y seguridad para ayudarle. Estas son algunas de las formas en que protegemos Su PHI.

- Capacitamos a nuestro personal para que siga nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan los procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de Su PHI solo por motivos comerciales con las personas que necesitan conocerla.
- Mantenemos su PHI segura cuando la enviamos o almacenamos electrónicamente.
- Utilizamos tecnología para evitar que las personas equivocadas tengan acceso a Su PHI.

#### **Usos y divulgaciones permitidos de Su PHI:**

La siguiente lista indica cómo podemos utilizar o divulgar su PHI sin Su permiso o autorización:

- Tratamiento: podemos utilizar o divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento, para coordinar Su tratamiento entre proveedores o para ayudarnos a tomar decisiones de autorización previa relacionadas con Sus beneficios.
- Pagos: podemos utilizar y divulgar su PHI para efectuar los pagos de los beneficios por los servicios de atención médica que se le hayan prestado. Podemos divulgar su PHI a otro plan de salud, a un proveedor de atención médica o a otra entidad sujeta a las reglas federales de privacidad para sus fines de pago. Las actividades de pago pueden incluir:
  - Tramitación de reclamaciones
  - Determinación de la elegibilidad o la cobertura de las reclamaciones
  - Emisión de facturas de primas

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Revisión de los servicios para determinar su necesidad médica
  - Realización de la revisión de la utilización de las reclamaciones
- Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su PHI para realizar Nuestras operaciones de atención médica. Estas actividades pueden incluir:
  - Prestación de servicios al cliente
  - Respuesta a las quejas y apelaciones
  - Administración de casos y coordinación de atención médica
  - Realización de la revisión médica de las reclamaciones y otras evaluaciones de calidad
  - Actividades de mejora
- En Nuestras operaciones de atención médica, podemos divulgar la PHI a socios comerciales. Tendremos acuerdos por escrito para proteger la privacidad de su PHI con estos socios. Podemos divulgar Su PHI a otra entidad que esté sujeta a las reglas federales de privacidad. La entidad debe tener una relación con Usted para sus operaciones de atención médica. Esto incluye:
  - Actividades de evaluación y mejora de la calidad
  - Revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud
  - Administración de casos y coordinación de atención médica
  - Detección o prevención del fraude y el abuso en la atención médica.
- Divulgaciones del Plan de salud grupal y del patrocinador del Plan: podemos divulgar Su información médica protegida a un patrocinador del plan de salud grupal, como un empleador u otra entidad que le esté proporcionando un programa de atención médica a Usted, si el patrocinador ha aceptado ciertas restricciones sobre cómo utilizará o divulgará la información médica protegida (como aceptar no utilizar la información médica protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo).

**Otras divulgaciones permitidas o requeridas de Su PHI:**

- Actividades de recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Su PHI para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica o entidad similar para ayudar a financiar sus actividades. Si nos ponemos en contacto con Usted para actividades de recaudación de fondos, le daremos la oportunidad de optar por no recibir, o dejar de recibir, dichas comunicaciones en el futuro.
- Fines de aseguramiento: podemos utilizar o divulgar su PHI con fines de aseguramiento, como por ejemplo para tomar una determinación sobre una solicitud o petición de cobertura. Si utilizamos o divulgamos Su PHI con fines de aseguramiento, tenemos prohibido utilizar o divulgar su PHI que sea información genética en el proceso de aseguramiento.
- Recordatorios de citas y alternativas de tratamiento: podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita para recibir tratamiento y atención médica con nosotros o para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, como información sobre cómo dejar de fumar o perder peso.
- Según lo requiera la ley: si la ley federal, estatal o local exige un uso o divulgación de Su PHI, podremos utilizar o divulgar su PHI en la medida en que el uso o divulgación

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



cumpla con dicha ley y se limite a los requisitos de la misma. Si dos o más leyes o regulaciones que rijan el mismo uso o divulgación entran en conflicto, cumpliremos con las leyes o regulaciones más restrictivos.

- Actividades de salud pública: podemos divulgar Su PHI a una autoridad de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (“*FDA*”) para garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los productos o servicios bajo la jurisdicción de la FDA.
- Víctimas de abuso y negligencia: podemos revelar su PHI a una autoridad gubernamental local, estatal o federal, incluidos los servicios sociales o una agencia de servicios de protección autorizada por la ley para recibir dichos informes, si tenemos una creencia razonable de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Procedimientos judiciales y administrativos: podemos divulgar Su PHI en procedimientos judiciales y administrativos. También podemos divulgarla en respuesta a:
  - Una orden de un tribunal
  - Tribunal administrativo
  - Citación
  - Convocatorias
  - Orden judicial
  - Solicitud de revelación
  - Solicitud legal similar
- Cumplimiento de la ley: podremos revelar su PHI pertinente a las autoridades policiales cuando estas así lo requieran. Por ejemplo, en respuesta a una:
  - Orden de un tribunal
  - Orden judicial
  - Citación
  - Convocatorias judiciales
  - Citación del gran jurado
- También podemos divulgar su PHI pertinente con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos revelar Su PHI a directores de funerarias, según sea necesario, para que lleven a cabo sus funciones.
- Donación de órganos, ojos y tejidos: podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos.
- También podemos revelar su PHI a quienes trabajen en la obtención, el almacenamiento o el trasplante de:
  - Órganos cadavéricos
  - Ojos
  - Tejidos

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Amenazas para la salud y la seguridad: podemos utilizar o divulgar Su PHI si creemos, de buena fe, que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- Funciones gubernamentales especializadas: si Usted es miembro de las Fuerzas Armadas de EE.UU., podemos divulgar su PHI según lo requieran las autoridades del mando militar. También podemos divulgar Su PHI:
  - A funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional e inteligencia
  - Al Departamento de Estado para las determinaciones de idoneidad médica
  - A los servicios de protección del presidente u otras personas autorizadas
- Indemnización por accidente laboral: podemos divulgar Su PHI para cumplir con las leyes pertinentes a la indemnización por accidente laboral u otros programas similares establecidos por ley, que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa.
- Situaciones de emergencia: podemos divulgar Su PHI en una situación de emergencia, o si Usted está incapacitado o no está presente, a un Familiar, a un amigo personal cercano, a una agencia autorizada de ayuda en caso de catástrofes o a cualquier otra persona previamente identificada por Usted. Utilizaremos el juicio profesional y la experiencia para determinar si la divulgación es para Su beneficio. Si la divulgación es para Su beneficio, solo divulgaremos la PHI que sea directamente relevante para la participación de la persona en Su cuidado.
- Reclusos: si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial, podemos divulgar Su PHI a la institución correccional o al oficial, cuando dicha información sea necesaria para que la institución le proporcione atención médica; para proteger Su salud o seguridad; o la salud o seguridad de otros; o para la seguridad y protección de la institución correccional.
- Investigación: en determinadas circunstancias, podemos revelar Su PHI a investigadores cuando su estudio de investigación clínica haya sido aprobado y cuando se hayan establecido ciertas salvaguardas para garantizar la privacidad y protección de su PHI.

### **Usos y divulgaciones de Su PHI que requieren Su autorización por escrito**

Estamos obligados a obtener Su autorización por escrito para utilizar o divulgar Su PHI, con excepciones limitadas, por estos motivos:

**Venta de la PHI:** solicitaremos Su autorización por escrito antes de realizar cualquier divulgación que se considere una venta de Su PHI, es decir, por la que estemos recibiendo una compensación por divulgar la PHI de esta manera.

**Marketing:** solicitaremos Su autorización por escrito para utilizar o divulgar Su PHI con fines de marketing, con excepciones limitadas, como cuando tengamos comunicaciones con fines de marketing en persona con Usted o cuando le proporcionemos regalos promocionales de valor nominal.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Notas de psicoterapia: solicitaremos Su autorización por escrito para utilizar o divulgar cualquiera de Sus notas de psicoterapia que podamos tener archivadas, con excepciones limitadas, como para determinadas funciones de tratamiento, pago u operación de la atención médica.

### **Derechos individuales**

Los siguientes son Sus derechos en relación con Su PHI. Si desea hacer uso de alguno de los siguientes derechos, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

- **Derecho a revocar una autorización:** Usted puede revocar Su autorización en cualquier momento, la revocación de Su autorización debe hacerse por escrito. La revocación será efectiva inmediatamente, excepto en la medida en que ya hayamos tomado acciones en función de la autorización y antes de haber recibido Su revocación por escrito.
- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI para los tratamientos, pagos o las operaciones de atención médica, así como en divulgaciones a personas implicadas en Su atención o en el pago de la misma, como Familiares o amigos cercanos. Su solicitud debe indicar las restricciones que solicita e indicar a quién se aplica la restricción. Cumpliremos con Su solicitud de restricción a menos que la ley disponga lo contrario. Restringiremos el uso o la divulgación de la PHI para el pago o las operaciones de atención médica a un plan de salud cuando Usted haya pagado el servicio o artículo de su bolsillo en su totalidad.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con Usted acerca de su PHI por medios alternativos o a lugares alternativos. No tiene que explicar el motivo de Su solicitud. Debemos atender Su solicitud si es razonable y especifica los medios alternativos o el lugar donde debe entregarse su PHI.
- **Derecho a acceder y recibir una copia de su PHI:** tiene derecho, con excepciones limitadas, a consultar u obtener copias de Su PHI contenida en un conjunto de registros designado. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Utilizaremos el formato que Usted solicite a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a Su PHI. Si denegamos Su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito y le indicaremos si los motivos de la denegación pueden ser revisados y cómo solicitar dicha revisión o si la denegación no puede ser revisada.
- **Derecho a modificar su PHI:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos o cambiemos, su PHI si cree que contiene información errónea. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué debe modificarse la información. Podemos denegar Su solicitud por determinados motivos, por ejemplo, si nosotros no creamos la información, Usted desea que se modifique y el creador de la PHI puede realizar la modificación. Si denegamos Su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de que no está de acuerdo con Nuestra decisión y

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

adjuntaremos Su declaración a la PHI que solicita que modifiquemos. Si aceptamos Su solicitud de modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que Usted nombre, de la modificación y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

- Derecho a recibir una relación de las divulgaciones: usted tiene derecho a recibir una lista de los casos de los últimos 6 años en los que Nosotros o Nuestros socios comerciales divulgamos su PHI. Esto no se aplica a la divulgación con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que Usted haya autorizado, ni algunas otras actividades. Si solicita esta relación más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en los costos, por responder a estas solicitudes adicionales. Le proporcionaremos más información sobre Nuestras tarifas en el momento de Su solicitud.
- Derecho a presentar una queja: si considera que se han violado Sus derechos de privacidad o que hemos infringido Nuestras propias prácticas de privacidad, puede presentarnos una queja por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso.
- También puede presentar una queja ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llamando al 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). No emprenderemos ninguna acción legal contra Usted por presentar una queja.
- Derecho a recibir una copia de este aviso: puede solicitar una copia de Nuestro aviso en cualquier momento utilizando la lista de información de contacto que aparece al final del aviso. Si recibe este aviso en Nuestra página web o por correo electrónico ("e-mail"), también tiene derecho a solicitar una copia física del mismo.

### **Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, Nuestras prácticas de privacidad relacionadas con Su PHI o sobre cómo ejercer sus derechos, puede ponerse en contacto con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que aparece a continuación.

IEHP Privacy Office  
Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800  
Correo electrónico: [compliance@iehp.org](mailto:compliance@iehp.org)  
Línea directa de cumplimiento de IEHP: 1-866-355-9038

### **Aviso de privacidad de la información financiera**

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN FINANCIERA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de Su información financiera personal. A los efectos del presente aviso, por "información financiera personal" se entiende la información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura médica, que identifique al individuo, que no esté generalmente a disposición del público, y que se recopile del individuo o se obtenga en relación con la prestación de cobertura médica al individuo.

Información que recopilamos: recopilamos información financiera personal sobre Usted de estas fuentes:

- Información que recibimos de Usted en solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de seguro social.
- Información sobre Sus transacciones con nosotros, Nuestros socios u otros, como el pago de primas y el historial de reclamaciones; y
- Información de los informes de los consumidores.

Divulgación de la información: no divulgamos información financiera personal sobre Nuestros afiliados o antiguos afiliados a ningún tercero, excepto cuando lo exija o lo permita la ley. Por ejemplo, en el curso de Nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, revelar cualquier información financiera personal que recopilamos sobre Usted, sin su autorización, a este tipo de instituciones:

- A otros seguros médicos;
- A empresas no afiliadas para Nuestros fines comerciales cotidianos, como procesar Sus transacciones, mantener Su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- A empresas no afiliadas que presten servicios para nosotros, incluido el envío de comunicaciones promocionales en Nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad: mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para proteger Su información financiera personal contra riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios seguros y restricciones sobre quién puede acceder a Su información financiera personal.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## Definiciones

Esta sección define palabras que le ayudarán a entender su Plan. Estas palabras aparecen a lo largo de esta EOC con la letra inicial de la palabra en mayúsculas.

**Los Servicios de Acupuntura** son servicios prestados o puestos a disposición de un miembro por un acupunturista para el tratamiento o diagnóstico de una lesión, enfermedad o afección, si el Plan American Specialty Health (“ASH”) determina que son Médicamente Necesarios para el tratamiento de dicha afección. Los Servicios de Acupuntura suelen prestarse únicamente para el tratamiento de las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

**Una Condición Grave** es una condición médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada. Los Servicios Cubiertos se prestarán mientras dure la condición grave.

**American Specialty Health Plans of California, Inc. (“ASH”)** es un servicio especializado de atención médica contratado por IEHP para organizar la prestación de Servicios de Acupuntura a través de una red de acupunturistas contratados.

**Los Créditos** Fiscales Anticipados para Primas son el pago de los créditos fiscales autorizados por el 26 U.S.C. 26B y sus regulaciones de aplicación, que se proporcionan por adelantado, a una persona inscrita en un Plan de Salud Calificado (*Qualified Health Plan, “QHP”*) a través de Covered California de conformidad con la Sección 1412 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Estos subsidios federales varían según el tamaño de la familia, el lugar de residencia y los ingresos, y pueden reducir las primas del plan que Usted debe pagar por Su plan de IEHP. Estas cantidades de subvención también pueden cambiar anualmente.

**La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act, “ACA”*)** es una ley que proporciona el marco, las políticas, regulaciones y directrices para la aplicación de una reforma de atención médica integral por parte de los estados. La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio amplía el acceso a seguros y atención médica accesibles.

**Las Terapias Alternativas** son tratamientos con pruebas inadecuadas en la literatura médica publicada y revisada por expertos sobre su eficacia y se consideran prácticas no probadas que no deben utilizarse en lugar de la medicina convencional. Esto no incluye las Terapias Alternativas recientemente aprobadas como prácticas basadas en la evidencia.

**La Anestesia** es la pérdida de sensibilidad debido a una depresión farmacológica de la función nerviosa.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**El Trastorno del Espectro Autista (*Autism Spectrum Disorder*, “ASD”)** es un trastorno del comportamiento caracterizado por:

- Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos.
- Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos.
- Síntomas presentes en los inicios del periodo de desarrollo.
- Síntomas que causan un deterioro clínicamente importante en las áreas social u ocupacional, u otras áreas del funcionamiento actual.
- Perturbaciones que no las explica mejor la presencia de una discapacidad intelectual o un retraso general del desarrollo.

Consulte la definición completa del ASD en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (“*DSM-5*”).

**Los Beneficios y la Cobertura** hacen referencia a los servicios de atención médica disponibles bajo el contrato de un plan.

**Medicamento de Marca** es un Medicamento Recetado o medicamento que ha sido registrado bajo una marca o nombre comercial por su fabricante y que se anuncia y vende bajo ese nombre y se indica como marca en la base de datos nacional de Medi-Span o de un tercero similar utilizada por IEHP.

**Año Civil** es el periodo de doce meses que comienza a las 12:01 am hora del Pacífico del 1 de enero de cada año.

**El Coseguro** es una cantidad de los costos compartidos que se le cobra a Usted por los Servicios Cubiertos cuando los recibe y es un porcentaje de la Cantidad Permitida por IEHP para el servicio o suministro, acordado por adelantado por IEHP y el proveedor contratado. El porcentaje suele facturarse después de recibir el servicio. El Coseguro de cada servicio cubierto aparece en la sección "Programa de Beneficios".

**El Copago** es una cantidad de los costos compartidos que se le cobra a Usted por los Servicios Cubiertos cuando los recibe y es una cantidad fija en dólares, acordada por adelantado por IEHP y el proveedor contratado. El Copago fijo en dólares es requerido y se debe pagar al proveedor de la atención médica en el momento en que se recibe el servicio. El Copago correspondiente de cada servicio cubierto aparece en la sección "Programa de Beneficios".

**El Calzado Correctivo** incluye zapatos especializados, soportes para el arco del pie y plantillas, y está hecho a la medida para los miembros que sufren desfiguraciones en los pies. Las desfiguraciones en los pies incluyen, entre otras, la desfiguración por parálisis cerebral, artritis, poliomielitis, espina bífida, diabetes y desfiguración del pie causada por accidente o discapacidad del desarrollo.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Covered California** es el intercambio de beneficios de salud de California, que opera como Covered California y es una entidad independiente dentro del gobierno del estado de California. A partir de enero de 2014, Covered California ha contratado de forma selectiva planes de salud para poner a disposición de los afiliados en el intercambio opciones de cobertura de atención médica, que buscan ofrecer la combinación óptima de elección, valor, acceso, calidad y servicio.

**Los Gastos y Servicios Cubiertos** son los servicios y suministros médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de otro tipo Medicamento Necesarios prestados por proveedores de la red y la atención médica y suministros de emergencia proporcionados por proveedores no participantes, que se especifican como cubiertos en la EOC.

**El Cuidado de Custodia** es el que se le brinda a un paciente para ayudarlo en las actividades esenciales de la vida diaria, como ayudarlo a caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, a vestirse, a alimentarse, a preparar dietas especiales y a supervisar los medicamentos que normalmente se autoadministra, y el que se le proporciona a un paciente que:

- Es discapacitado mental o físicamente y se prevé que dicha discapacidad continúe y se prolongue;
- Requiere un ambiente protegido, vigilado o controlado, ya sea en una institución o en el hogar; y
- No está bajo ningún tratamiento médico, quirúrgico o psiquiátrico activo y específico que reduzca la discapacidad en la medida necesaria para que el paciente pueda funcionar fuera del ambiente protegido, vigilado o controlado.

**El Deducible** es una cantidad fija que Usted paga cada Año Civil por gastos cubiertos específicos antes de que IEHP pague cualquier beneficio por esos gastos cubiertos en ese Año Civil. Consulte el "Programa de Beneficios" para conocer los servicios sujetos a Deducibles y los importes de los mismos.

**Un Dependiente** incluye:

- Al cónyuge legítimo del Suscriptor, según lo definen las leyes de California. (El término "cónyuge" también incluye a la Pareja de Hecho del Suscriptor cuando la pareja de hecho cumpla todos los requisitos de Pareja de Hecho según las leyes de California, tal y como se define a continuación).
- A los hijos del Suscriptor o de su cónyuge (incluidos los hijos legalmente adoptados, los hijastros y los hijos de los que el Suscriptor sea tutor designado por un tribunal).
- A la Pareja de Hecho que, a efectos de esta EOC, es la pareja del Suscriptor si el Suscriptor y su pareja son una pareja de hecho registradas que cumplen todos los requisitos de la Sección 297o 299.2 del Código de Familia de California.

**Equipo Médico Duradero**

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



- Tiene un propósito médico (su razón de existir es satisfacer una necesidad médica, no es por conveniencia o comodidad y no es útil para nadie en ausencia de una enfermedad o lesión).
- Satisface las necesidades médicas básicas, en lugar de satisfacer las preferencias personales en cuanto a estilo y gama de capacidades.
- Resiste el uso repetido.
- Es apropiado para su uso en un ambiente doméstico.

**La Fecha de Vigencia** es la fecha en la que Usted pasa a estar cubierto o a tener derecho a recibir los beneficios que le proporciona este Plan. Los Familiares inscritos pueden tener una Fecha de Vigencia diferente a la del Suscriptor si se incorporan al Plan más adelante.

**La Atención Médica de Emergencia** incluye la revisión médica, el examen y la evaluación por parte de un Médico (u otro personal en la medida que lo permita la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia o activa labor de parto y, en caso afirmativo, la atención, el tratamiento y la cirugía, si están dentro del ámbito de la licencia de dicha persona, necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia, dentro de la capacidad del centro.

La Atención Médica de Emergencia también incluirá la revisión, el examen y la evaluación adicional por parte de un Médico (u otro personal en la medida que lo permita la ley aplicable y dentro del alcance de su licencia y privilegios) para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia Psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia Psiquiátrica, dentro de la capacidad del centro o mediante el traslado del miembro a una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general de cuidados graves o a un hospital psiquiátrico de cuidados graves según sea Médicamente Necesario.

La Atención Médica de Emergencia incluye los servicios de ambulancia aérea y terrestre y de transporte en ambulancia prestados a través del sistema de respuesta a emergencias "9-1-1". IEHP tomará cualquier decisión final sobre la Atención Médica de Emergencia. Consulte el apartado "Revisión Médica Independiente de las quejas formales relacionadas con un servicio de atención médica en disputa" de la sección "Disposiciones generales" para conocer el procedimiento para solicitar la revisión médica independiente de una denegación de cobertura de atención médica de emergencia por parte del Plan.

**La Atención Dental de Emergencia** incluye los servicios Médicamente Necesarios requeridos para: (1) el alivio de un dolor severo; o (2) el diagnóstico y tratamiento inmediatos de una enfermedad o lesión imprevista que, de no diagnosticarse y tratarse inmediatamente, podría provocar la muerte o una discapacidad. El dentista tratante es el único responsable de tomar estas determinaciones dentales y decisiones de tratamiento.

Sin embargo, el pago por la Atención Dental de Emergencia prestada estará condicionado a la revisión y determinación posterior de IEHP en cuanto a la consistencia con los estándares profesionalmente reconocidos de la práctica dental y las políticas dentales de IEHP.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Condición Médica de Emergencia** es una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo) como para que pueda esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pueda provocar cualquiera de las siguientes situaciones:

- Poner en grave peligro la salud del paciente.
- Deterioro grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

"Activa labor de parto" significa el trabajo de parto en el momento en que se pueda esperar razonablemente que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones (1) No hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro Hospital antes del parto; o (2) el traslado supone una amenaza para la salud y la seguridad de la Afiliada o del niño por nacer.

**Los Beneficios de Salud Esenciales** son un conjunto de categorías de servicios médicos (según la definición de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) que deben cubrir todos los planes de beneficios de salud a partir de 2014. Las categorías incluyen: servicios para pacientes ambulatorios, servicios de emergencia, hospitalización, atención médica de cuidado prenatal y del recién nacido, servicios de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias, incluido el tratamiento de salud del comportamiento, medicamentos recetados, servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (los límites para los servicios de rehabilitación y habilitación no se combinarán), servicios de laboratorio, servicios de prevención, bienestar y de control de enfermedades crónicas, y servicios pediátricos, incluida la atención dental y de la vista.

**La Evidencia de Cobertura (“EOC”)** es este folleto que IEHP ha emitido para el Suscriptor inscrito, en el que se describe la cobertura a la que Usted tiene derecho.

**Excepción** se refiere a cualquier disposición de un contrato de plan por la que se elimina por completo la cobertura de un riesgo o afección específicos.

**Es Experimental** cualquier procedimiento, tratamiento, terapia, medicamento, producto biológico, equipo, dispositivo o suministro que IEHP no haya determinado que se haya demostrado como seguro, eficaz o medicamento apropiado y que la Administración de Alimentos y Medicamentos (“FDA”) de EE. UU. o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*, “HHS”) hayan determinado como experimental o en investigación, o que sean objeto de un ensayo clínico.

Consulte el apartado "Revisión médica independiente de terapias experimentales o en investigación" en la sección "Disposiciones generales", así como la parte "Servicios y suministros médicos" de la sección "Beneficios del Plan" para obtener más detalles.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Con respecto a los servicios de Acupuntura, los servicios “experimentales” son cuidados de acupuntura que constituyen un servicio de acupuntura no probado que no cumple los estándares de práctica profesionalmente reconocidos, válidos y basados en pruebas.

**Los Familiares** son dependientes del Suscriptor, que cumplen los requisitos de elegibilidad para la cobertura de este Plan y han sido inscritos por el Suscriptor.

**El Tratamiento Continuo** o atención posterior a la estabilización es la atención prestada después de la Atención Médica de Emergencia o Cuidado de Urgencia, cuando la afección, enfermedad o lesión del miembro se ha estabilizado y ya no requiere Atención Médica de Emergencia o Cuidado de Urgencia.

**La Lista de Medicamentos Cubiertos** es una lista de los Medicamentos Recetados que están cubiertos por este Plan. IEHP prepara y actualiza la Lista, y se distribuye a los miembros, Médicos y Farmacias de la red y se publica en el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). Algunos Medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos requieren Autorización Previa de IEHP para ser cubiertos.

**Medicamento Genérico** es el equivalente farmacéutico de un Medicamento de Marca cuya patente ha caducado y está disponible en múltiples fabricantes, tal y como se establece en la base de datos Medi-Span o en una base de datos similar de terceros utilizada por IEHP. La Administración de Alimentos y Medicamentos debe aprobar que el Medicamento Genérico cumple los mismos estándares de seguridad, pureza, potencia y eficacia que el Medicamento de Marca.

**Los Servicios de Atención Médica** (incluidos los servicios de atención médica de la salud del comportamiento) son aquellos servicios que solo pueden ser prestados por una persona autorizada como proveedor de atención médica por el estado de California para realizar dichos servicios, actuando dentro del alcance de su licencia o según lo permitan la leyes de California.

**Inland Empire Health Plan (“IEHP”)** es una organización para el mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization, “HMO”*) calificada a nivel federal y un plan de servicios de atención médica autorizado en California.

**El Área de Servicio de IEHP** es el área geográfica de los condados de Riverside y San Bernardino donde IEHP ha sido autorizada por el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California para contratar proveedores, comercializar productos, inscribir miembros y brindar beneficios a través de planes de salud individuales aprobados. Una lista de los Médicos de Cuidado Primario participantes en el Área de Servicio de IEHP está disponible en el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org). También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) o visitar el sitio web de IEHP en [iehp.org](http://iehp.org) para solicitar información sobre proveedores.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Una Agencia de Atención Médica a Domicilio** es una organización autorizada por el estado de California y certificada como proveedor participante en Medicare o acreditada por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, "JCAHO"*).

**Los Servicios de Asistencia Médica a Domicilio** son los servicios, incluidos los de enfermería especializada, prestados por una Agencia de Atención Médica a Domicilio autorizada a un miembro en su lugar de residencia, que hayan sido recetados por el médico tratante del miembro como parte de un plan escrito. Los Servicios de Asistencia Médica a Domicilio están cubiertos si el miembro está confinado en casa, bajo los cuidados de un médico contratado y requiere servicios de enfermería especializada, fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional o respiratoria o servicios médicos sociales Médicamente Necesarios. Solo los Servicios Intermitentes de Enfermería Especializada, (que no superen las 4 horas diarias), son beneficios cubiertos por este plan. Los Servicios Privados de Enfermería o la atención por turnos (incluida cualquier parte de los servicios de atención por turnos) no están cubiertos por este plan. Consulte también las secciones "Servicios Intermitentes de Enfermería Especializada" y "Servicios Privados de Enfermería".

**La Terapia de Infusión en el Hogar** es la que consiste en la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa, subcutánea por bomba, enteral o epidural (en el torrente sanguíneo, bajo la piel, en el aparato digestivo o en las membranas que rodean la médula espinal) a un paciente que puede ser tratado con seguridad en su domicilio. La Terapia de Infusión en el Hogar siempre surge a partir de la receta de un médico calificado que supervisa la atención al paciente, y está diseñada para alcanzar los objetivos terapéuticos definidos por el médico.

**Un Hospicio** es un centro o programa que proporciona un ambiente de cuidados para satisfacer las necesidades físicas y emocionales de los enfermos terminales. El Hospicio y sus empleados deben estar autorizados según las leyes estatales y locales vigentes y certificados por Medicare.

**Un Hospital** es una instalación legalmente operada, autorizada por el estado como Hospital de tratamiento de enfermedades agudas, y aprobada por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica ("*JCAHO*") o por Medicare.

**Los Servicios Intermitentes de Enfermería Especializada** son servicios que requieren los servicios especializados de una enfermera certificada o de una Enfermera Especialista Certificada, que no superan las 4 horas de cada 24 horas.

**Los enfoques para tratamientos En Investigación** son aquellos que han progresado hasta alcanzar un uso limitado en humanos, pero que no están ampliamente aceptados como procedimientos probados y eficaces dentro de la comunidad médica organizada. IEHP decidirá si un servicio o suministro se encuentra En Investigación. En lo que respecta a los Servicios de

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Acupuntura, los servicios "En Investigación" son los cuidados de acupuntura que se encuentran en investigación.

**Por Limitación** se entiende cualquier disposición, que no sea una excepción o una reducción, que restrinja la cobertura del plan.

**Los Medicamentos de Mantenimiento son Medicamentos Recetados** que se toman continuamente para tratar afecciones crónicas o de larga duración a las que los miembros responden positivamente mediante un plan de tratamiento farmacológico con un medicamento específico que requiere una dosis constante.

**La Cantidad Máxima Permitida** se refiere a la cantidad de pago negociada entre IEHP y cada proveedor de la red. Para los servicios de atención médica que no son de emergencia prestados a un afiliado por un profesional de la salud particular no contratado en un centro de salud contratado, la Cantidad Máxima Permitida será el mayor entre la tarifa media contratada o el 125% de la Tarifa de Reembolso de Medicare, tal y como se define en la Sección 1371 de la Ley Knox Keene. Para los Servicios de Emergencia y los servicios de transporte de emergencia de un proveedor no contratado, a menos que la ley exija lo contrario o que se haya acordado entre el proveedor no contratado e IEHP, la Cantidad Máxima Permitida será el valor razonable y acostumbrado por los servicios de atención médica prestados con base en los factores establecidos en el Código de Regulaciones de California, título 28, sección 1300.71(a)(3)(B). Para el Cuidado de Urgencia recibido mientras se encuentra fuera del Área de Servicio por parte de un proveedor no contratado, a menos que la ley exija lo contrario o según lo acordado entre el Proveedor no contratado e IEHP, la Cantidad Máxima Permitida será 1) la tarifa promedio contratada de IEHP para dicho(s) servicio(s), o 2) el 100% de la tarifa publicada de Medicare para dicho(s) servicio(s), la que sea menor.

**La Orden Médica de Manutención de los Hijos** es una sentencia u orden judicial que, de acuerdo con la ley estatal o federal, obliga a los planes de salud de las empresas afectadas por dicha ley a proporcionar cobertura a Su hijo o hijos sujetos a dicha orden. IEHP respetará dichas órdenes.

### **Medicamento Necesario (o Necesidad Médica)**

Para servicios distintos a los de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias: significa los servicios de atención médica que un Médico, ejerciendo un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, y que cumplen con lo siguiente:

1. Conducen los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
2. Son clínicamente apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y son considerados eficaces para la dolencia, lesión o enfermedad del paciente.
3. No son primordialmente para la comodidad del paciente, del Médico ni de otro proveedor de atención médica, y no son más costosos que un servicio o secuencia de servicios alternativos que tengan al menos la misma probabilidad de producir resultados

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

terapéuticos o diagnósticos equivalentes en cuanto al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o dolencia de ese paciente.

A estos efectos, por "estándares generalmente aceptados de la práctica médica" se entienden los estándares basados en pruebas científicas creíbles publicadas en la literatura médica revisada por pares y generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente, las recomendaciones de las sociedades de especialidades médicas, las opiniones de los médicos que ejercen en las áreas clínicas pertinentes y cualquier otro factor pertinente.

En lo que respecta a los servicios de Acupuntura, los servicios "Médicamente Necesarios" son los servicios de Acupuntura Necesarios, apropiados, seguros, eficaces y prestados de acuerdo con estándares de práctica profesional reconocidos, válidos y basados en pruebas.

Para el tratamiento de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias: Médico Necesario (o Necesidad Médica) significa un servicio o producto que atiende las necesidades específicas de ese paciente, con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, incluida la reducción de la progresión de esa enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con lo siguiente:

- Concuerdan con los estándares generalmente aceptados para el tratamiento de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias.
- Son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración.
- No son primordialmente para el beneficio económico del plan de servicios médicos ni de los suscriptores, ni para la conveniencia del paciente, el médico tratante ni ningún otro proveedor de servicios médicos.

A estos efectos:

- "Estándares generalmente aceptados del cuidado de los Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias" se refiere a los estándares de atención y práctica clínica generalmente reconocidos por los proveedores de atención médica que ejercen en especialidades clínicas relevantes como la psiquiatría, la psicología, la sociología clínica, la medicina y el asesoramiento en materia de adicciones y el tratamiento de la salud del comportamiento. Las fuentes válidas y basadas en pruebas que establecen estándares generalmente aceptados de atención de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias incluyen estudios científicos revisados por expertos y literatura médica, directrices de práctica clínica y recomendaciones de asociaciones profesionales de proveedores de atención médica sin fines de lucro, sociedades especializadas y agencias gubernamentales federales, así como el etiquetado de medicamentos aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
- "Proveedor de atención médica" significa cualquiera de los siguientes:
  - Una persona con autorización en virtud de la División 2 (a partir de la Sección 500) del Código de Negocios y Profesiones.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

- Un terapeuta matrimonial y familiar asociado o un terapeuta matrimonial y familiar practicante que opere de conformidad con la Sección 4980.43.3 del Código de Negocios y Profesiones.
- Un Proveedor de Servicios Calificados para el Autismo o un profesional calificado de servicios para el autismo certificado por una entidad nacional conforme a la Sección 10144.51 del Código de Seguros y la Sección 1374.73.
- Un trabajador social clínico asociado que opere de conformidad con la Sección 4996.23.2 del Código de Negocios y Profesiones.
- Un consejero clínico profesional asociado o un practicante de consejero clínico profesional en operación conforme a la Sección 4999.46.3 del Código de Negocios y Profesiones.
- Un psicólogo certificado, según se describe en la Sección 2909.5 del Código de Negocios y Profesiones.
- Un asistente psicológico certificado, según se describe en la Sección 2913 del Código de Negocios y Profesiones.
- Un practicante de psicología o persona bajo supervisión, según lo establecido en la Sección 2910 o 2911, o la subdivisión (d) de la Sección 2914, del Código de Negocios y Profesiones.

**Medicare** es la Ley sobre Beneficios de Seguros de Salud para Personas Mayores y Discapacitadas, citada en la Ley Pública 89-97 enmendada.

**Miembro** se refiere al Suscriptor o a un Familiar suyo inscrito.

**Por Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias** se entiende una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se incluya en cualquiera de las categorías de diagnóstico enumeradas en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades, o que aparezca en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Los cambios en la terminología, organización o clasificación de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias en futuras versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría o de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud, no afectarán a las afecciones cubiertas por esta definición siempre y cuando los proveedores de atención médica que ejerzan en las especialidades clínicas pertinentes entiendan comúnmente por afección un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

**Acupunturista de la Red** se refiere a un acupunturista debidamente autorizado para practicar la acupuntura en California y que ha celebrado un acuerdo con American Specialty Health Plans of California, Inc. (“ASH”) para prestar Servicios de Acupuntura cubiertos a los miembros.

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**El Centro de Salud Conductual** de la Red es un Hospital, centro de tratamiento residencial, programa ambulatorio estructurado, tratamiento diurno, programa de hospitalización parcial u otro centro de atención de salud mental que haya firmado un contrato de servicios con IEHP, para proporcionar beneficios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias. Este centro debe estar autorizado por el estado de California para proporcionar cuidados psiquiátricos agudos o intensivos, servicios de desintoxicación o servicios de rehabilitación de trastornos por consumo de sustancias.

**Dentista de la Red** es un dentista o instalación dental autorizada para proporcionar Beneficios y que, en el momento en que le brinda la atención a un miembro, tiene un contrato vigente con IEHP para proporcionar dicha atención a los miembros. Los nombres de los dentistas participantes se encuentran en el Directorio de Dentistas de la Red de IEHP. Los nombres de los Dentistas de la Red y sus ubicaciones y horarios de consulta también pueden obtenerse comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros de IEHP. Este Plan no garantiza la disponibilidad inicial o continua de ningún Dentista de la Red en particular.

**El Profesional de la Salud Mental de la Red** es un Médico u otro profesional con licencia, certificado o autorizado de otro modo por el estado de California para prestar servicios de atención médica para la salud mental. El Profesional de Salud Mental de la Red debe tener un contrato de servicios con IEHP para brindar servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias. Consulte también "Proveedor de Servicios Calificados para el Autismo" más abajo en esta sección de "Definiciones".

**El Ortodoncista de la Red** es un ortodoncista o instalación dental autorizada para brindar atención de ortodoncia y que, en el momento en que le brinda la atención a un miembro, tiene un contrato vigente con IEHP para proporcionar dicha atención a los miembros.

**La Farmacia de la Red** es una farmacia autorizada que tiene un contrato con IEHP para proporcionar Medicamentos Recetados a los Miembros de este Plan.

**Un Proveedor de Servicios de la Vista de la Red** es un optometrista, oftalmólogo u óptico con licencia para brindar Servicios Cubiertos y que, en el momento en que le brinda la atención a un miembro, tiene un contrato vigente con IEHP para proporcionar atención a los miembros. Los nombres de los Proveedores de Servicios de la Vista de la Red se encuentran en el Directorio de Proveedores de Servicios de la Vista de la Red de IEHP. También puede obtener los nombres de los Proveedores de Servicios de la Vista de la Red, así como sus ubicaciones y horarios de consulta, comunicándose con el Departamento de Servicios para Miembros de IEHP.

**Farmacia No Participante** es una farmacia que no tiene un acuerdo con IEHP para proporcionar Medicamentos Recetados a los Miembros.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



**La Enfermera con Práctica Médica (*Nurse Practitioner*, “NP”)** es una enfermera certificada como Enfermera con Práctica Médica por la Junta de Enfermería Registrada de California. La NP, a través de la consulta y colaboración con los Médicos y otros proveedores de salud, puede proporcionar y tomar decisiones sobre la atención médica.

**Los Aparatos Ortopédicos** (como las férulas, los soportes y los yesos) son dispositivos rígidos o semirrígidos que se fijan externamente al cuerpo y están diseñados para utilizarse como soporte o férula para ayudar al miembro en lo siguiente:

- A restaurar la función; o
- A apoyar, alinear, prevenir o corregir un defecto o función de una parte del cuerpo lesionada o enferma; o
- A mejorar la función natural; o
- A restringir el movimiento.

**El Máximo de Gastos de Bolsillo (“OOPM”)** es la cantidad máxima de Copagos, Coseguros y Deducibles que Usted debe pagar por los Servicios Cubiertos durante cada Año Civil. Es importante que guarde todos los recibos de los Deducibles y Copagos que realmente se pagaron para que pueda informar a IEHP cuando haya satisfecho el Máximo de Gastos de Bolsillo. **Centro Quirúrgico Ambulatorio** es una instalación distinta de un consultorio médico u odontológico, cuya función principal es realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Debe estar autorizada como clínica ambulatoria según las leyes estatales y locales y debe cumplir con todos los requisitos de una clínica ambulatoria que presta servicios quirúrgicos.

**Por Dolor** se entiende una sensación que lastima o una fuerte molestia en alguna parte del cuerpo causada por una lesión, enfermedad, trastorno funcional o afección. El Dolor incluye lumbalgia, dolor postoperatorio y dolor postoperatorio dental.

**El Médico** es un doctor en medicina (*doctor of medicine*, “M.D.”) o un doctor en osteopatía (*doctor of osteopathy*, “D.O.”) con licencia para ejercer la medicina o la osteopatía en el lugar donde se presta la atención médica.

**El Asistente Médico** es un profesional de la salud certificado por el estado como Asistente Médico y autorizado para proporcionar cuidados médicos cuando esté supervisado por un Médico.

**El Plan** se refiere a los beneficios médicos adquiridos por Usted y descritos en esta EOC.

**Medicamento Recetado** se refiere a un fármaco o medicamento que solo puede obtenerse mediante un Pedido de Medicamentos Recetados. Todos los Medicamentos Recetados deben llevar la etiqueta "Precaución, la ley federal prohíbe su venta sin receta médica". Una excepción son la insulina y otros suministros para diabéticos, que son Medicamentos Recetados cubiertos.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Un Pedido de Medicamentos Recetados** es una orden escrita o verbal o un aviso de reabastecimiento de un medicamento específico, con una concentración y una forma de dosificación (como una tableta, un líquido, un jarabe o una cápsula) emitida por un médico.

**Por Presentación para examen o venta** se entiende (1) la publicación y difusión de cualquier folleto, correo, anuncio o formulario que constituya una presentación de las disposiciones del plan y que proporcione una inscripción en el plan o una solicitud para el mismo, o (2) las consultas o discusiones entre los posibles miembros al plan o sus agentes contractuales y los solicitantes o representantes de un plan, cuando dichas consultas o discusiones incluyan la presentación de información formal y organizada sobre el plan que pretenda influir o informar al posible miembro o titular del contrato, como folletos, resúmenes, gráficas, diapositivas u otros modos de información.

**Los Servicios de Atención Preventiva** son servicios y suministros que están cubiertos en virtud de los "Servicios de Atención Preventiva", según se muestra en el "Programa de Beneficios" y en la sección "Beneficios del Plan". Estos servicios y suministros se prestan a personas que no presentan síntomas de enfermedad o dolencia y, por lo general, tienen una o varias de las siguientes actividades:

- Mantener una buena salud
- Prevenir o reducir el riesgo de enfermedades o dolencias
- Detectar enfermedades o dolencias en sus fases iniciales antes de que se desarrollen los síntomas
- Supervisar el desarrollo físico y mental de los niños

**El Médico de Cuidado Primario ("PCP")** es el Médico que coordina y controla la prestación de los Servicios y suministros cubiertos al miembro. Los Médicos de Cuidado Primario incluyen médicos generales y familiares, internistas, pediatras y obstetras y ginecólogos. En determinadas circunstancias, una clínica que cuente con estos especialistas médicos deberá ser designada como el Médico de Cuidado Primario.

**La Autorización Previa** es el proceso de aprobación de determinados servicios y suministros. Para obtener una copia de los requisitos de Autorización Previa de IEHP, que no se especifiquen de otra manera en este documento, llame al teléfono de Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

**Por Servicios Privados de Enfermería** se entienden los servicios continuos de enfermería prestados por una enfermera autorizada, (Enfermera Especializada [*Registered Nurse, RN*], Enfermera Profesional Titulada [*Licensed Vocational Nurse, LVN*], o Enfermera Practicante Certificada [*Licensed Practical Nurse, LPN*]) a un paciente que requiere más cuidados de los que normalmente están disponibles durante una visita de atención médica a domicilio o de los que normalmente y de forma rutinaria presta el personal de enfermería de un hospital o centro de enfermería especializada. Los Servicios Privados de Enfermería incluyen los servicios de

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

enfermería (incluidos los servicios intermitentes separados por tiempo, como 2 horas por la mañana y 2 horas por la tarde) que superen un total de cuatro horas en cualquier periodo de 24 horas. Los Servicios Privados de Enfermería pueden prestarse en un contexto hospitalario o ambulatorio, o en un ambiente fuera de una institución, como a domicilio o en la escuela. Los Servicios Privados de Enfermería también puede denominarse "atención por turnos" e incluyen cualquier parte de los servicios de atención por turnos.

**Los Servicios Profesionales de la Vista** incluyen el examen, la selección del material, la adaptación de los anteojos o lentes de contacto, los ajustes correspondientes, las instrucciones, etc.

**Por Condición Psiquiátrica Médica de Emergencia** se entiende un Trastorno de Salud Mental y por Consumo de Sustancias que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente se encuentre en una de las siguientes situaciones:

- En peligro inmediato para sí mismo o para los demás.
- Actualmente incapaz de procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa, debido al Trastorno de Salud Mental y por Consumo de Sustancias

**El Paraprofesional Calificado de Servicios para el Autismo** es un individuo sin licencia ni certificación que: (1) es supervisado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o un profesional calificado de servicios para el autismo a un nivel de supervisión clínica que cumple con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos; (2) proporciona tratamiento de acuerdo con un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo; (3) cumple con los requisitos de educación y formación descritos en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Regulaciones de California; (4) tiene la educación, formación y experiencia adecuadas, según la certificación del Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o una entidad o grupo que emplee a Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo; y (5) está empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o una entidad o grupo que emplee a Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo responsables del plan de tratamiento del autismo.

**El Profesional Calificado de Servicios para el Autismo:** (1) proporciona tratamiento de salud del comportamiento que puede incluir la administración de casos clínicos y la supervisión de casos bajo la dirección y supervisión de un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo; (2) es supervisado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo; (3) proporciona tratamiento conforme a un plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo; (4) es un proveedor de servicios del comportamiento que tiene formación y experiencia en la prestación de servicios para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo, y que cumple con los requisitos de formación y experiencia descritos en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Regulaciones de California para un Analista del Comportamiento Asociado, un Analista del Comportamiento, un Asistente de Gestión del Comportamiento, un Consultor de Gestión del Comportamiento o un Programa de Gestión del Comportamiento; (5) tiene formación y experiencia en la prestación de servicios para el trastorno

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

generalizado del desarrollo o el autismo de conformidad con la División 4.5 (a partir de la Sección 4500) del Código de Bienestar e Instituciones o el Título 14 (a partir de la Sección 95000) del Código de Gobierno; y (6) está empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o una entidad o grupo que emplea a Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo responsables del plan de tratamiento del autismo.

**Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo** se refiere a cualquiera de los siguientes:

(1) Una persona que está certificada por una entidad nacional, como la Junta de Certificación de Analistas de Conducta con una certificación acreditada por la Comisión Nacional para Agencias Certificadoras, y que diseña, supervisa o proporciona tratamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia de la persona que está certificada a nivel nacional. (2) Una persona autorizada como médico y cirujano, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar, psicólogo educativo, trabajador social clínico, consejero clínico profesional, patólogo del habla y el lenguaje o audiólogo, y que diseñe, supervise o proporcione tratamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo, siempre que los servicios estén dentro de la experiencia y competencia de la persona autorizada.

Los Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo supervisan a los profesionales y paraprofesionales calificados de servicios para el autismo, que proporcionan tratamiento de salud del comportamiento e implementan servicios para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo de acuerdo con el plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo.

**El Centro de Tratamiento Residencial** es un ambiente de convivencia en grupo, estructurado y supervisado las veinticuatro horas del día, para niños, adolescentes o adultos, en el que se puede realizar una evaluación psiquiátrica, médica y psicosocial, y ofrecer intervenciones psicoterapéuticas diferenciadas e individualizadas para mejorar su nivel de funcionamiento en la comunidad. IEHP requiere que todos los Centros de Tratamiento Residencial estén debidamente autorizados por su estado para poder prestar servicios de tratamiento residencial.

**Reducción** significa cualquier disposición de un contrato de plan que reduzca la cantidad de un beneficio del plan a alguna cantidad o periodo inferior al que se pagaría de otro modo por los gastos o servicios médicamente autorizados si no se hubiera utilizado dicha reducción.

**Condición Crónica Grave** es una afección debida a una enfermedad, dolencia u otro problema médico o trastorno médico que es grave por naturaleza y que persiste sin curación completa o empeora durante un periodo prolongado de tiempo o que requiere un tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**Centro de Enfermería Especializada** se refiere a una institución autorizada por las autoridades estatales y locales competentes para prestar servicios de enfermería especializada. Además, Medicare debe aprobar el centro como Centro de Enfermería Especializada participante.

**Las Unidades de Atención Especial** son áreas especiales de un Hospital que cuentan con personal altamente calificado y equipos especiales para el cuidado de pacientes con Condiciones Agudas que requieren tratamiento y monitoreo constantes, incluidas, entre otras, una unidad de cuidados intensivos, de cuidados intensivos cardíacos y de cuidados intensivos de cirugía cardíaca, y una sala de cuidados intensivos neonatales o de cuidados intermedios para recién nacidos.

**El Especialista** es un Médico que presta servicios y suministros especializados al miembro. Se considera Especialista a todo Médico que no sea ginecólogo u obstetra y que funja como Médico de Cuidado Primario, médico general o familiar, internista o pediatra. A excepción de las consultas para el bienestar de la mujer a un ginecólogo u obstetra, todas las consultas a Especialistas deben ser referidas por su Médico de Cuidado Primario para estar cubiertas.

**Suscriptor** se refiere a la persona inscrita bajo esta EOC que es responsable del pago de las primas a IEHP y cuyo estado es la base para la elegibilidad del Familiar bajo esta EOC.

**Un Centro de Atención de Trastornos por Consumo de Sustancias** es un Hospital, centro de tratamiento residencial, programa ambulatorio estructurado, programa de tratamiento diurno o de hospitalización parcial u otro centro de atención de salud mental que tenga licencia estatal para prestar servicios de desintoxicación o servicios de rehabilitación de Trastornos por Consumo de Sustancias.

**Se entiende por Maternidad Subrogada** los servicios prestados a cualquier persona en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, excepto los Servicios Cubiertos y de otro modo prestados a una miembro que sea madre sustituta.

**El Acuerdo de Maternidad Subrogada** es aquel en el que una mujer (la madre sustituta) acepta quedar embarazada y entregar al bebé (o bebés) a otra persona o personas que pretenden criar al niño (o niños), independientemente de que la mujer reciba o no una remuneración por ser madre sustituta. Consulte “Subrogación por Acuerdo de Maternidad Subrogada” en la sección “Avisos legales” de este acuerdo para obtener información sobre las obligaciones del miembro con IEHP en relación con un Acuerdo de Maternidad Subrogada, incluidas las obligaciones del miembro de reembolsar a IEHP cualquier Servicio Cubierto que IEHP cubra y la obligación del miembro de proporcionar información a IEHP sobre cualquier persona que pueda ser financieramente responsable de los Servicios Cubiertos que el bebé (o bebés) reciba(n).

**Madre Sustituta** se refiere a una persona que, como parte de un Acuerdo de Maternidad Subrogada, (a) utiliza su propio óvulo que es fertilizado por un donante o (b) es una portadora gestacional que tiene un óvulo fertilizado colocado en su cuerpo, pero el óvulo no es suyo.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**La teleodonotología** se refiere al uso de sistemas y metodologías de telesalud y virtuales en la odontología. La teleodonotología puede incluir la atención y educación al paciente. Consulte más adelante la definición de "Telesalud o Servicios Virtuales".

**Telesalud o Servicios Virtuales** se refiere a la modalidad de prestación de servicios de atención médica y salud pública a través de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de los cuidados y la autogestión de la atención médica de un paciente mientras este se encuentra en el lugar de origen y el proveedor de Telesalud o Servicios Virtuales se encuentra en un lugar distante. La Telesalud o Servicios Virtuales facilitan la autogestión del paciente y el apoyo de los cuidadores a los pacientes e incluyen interacciones en tiempo real y transferencias asíncronas de datos y reenvío. A efectos de esta definición, se aplica lo siguiente:

- "Datos y reenvío asíncronos" significa la transmisión de la información médica de un paciente, desde un sitio de origen, al proveedor de atención médica de Telesalud o Servicios Virtuales, hacia un sitio distante sin la presencia del paciente.
- "Sitio Distante" significa un sitio en el que se encuentra un proveedor de atención médica de Telesalud o Servicios Virtuales que presta servicios de atención médica mientras presta estos servicios a través de un sistema de telecomunicaciones.
- "Lugar de origen" significa el lugar donde se encuentra el paciente en el momento en que se prestan los servicios de atención médica a través del sistema de telecomunicaciones o donde se origina el servicio asíncrono de datos y reenvío.
- "Interacción en tiempo real" significa una interacción en tiempo real entre un paciente y un proveedor de atención médica de Telesalud o Servicios Virtuales ubicado en un lugar distante.

**La Enfermedad Terminal** es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en el plazo de un año o menos. Los Servicios Cubiertos se prestarán mientras dure la enfermedad terminal.

**Los Medicamentos del Nivel 1** incluyen la mayoría de los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca preferidos de bajo costo.

**Los Medicamentos del Nivel 2** incluyen los medicamentos genéricos no preferidos, los medicamentos de marca preferidos o los medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Sustancias Terapéuticas en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.

**Los Medicamentos del Nivel 3** incluyen medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Sustancias Terapéuticas en función de su seguridad, eficacia y costo; o medicamentos que generalmente tienen una alternativa terapéutica preferida y frecuentemente menos costosa en un nivel inferior.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

**El Nivel 4** incluye medicamentos que son biológicos; medicamentos que la FDA o el fabricante del medicamento exige que sean distribuidos por farmacias especializadas; medicamentos que requieren formación o seguimiento clínico para su autoadministración; o medicamentos con un costo del plan (neto de reembolsos) superior a \$600 para un suministro de un mes.

**Un Centro de Realización de Trasplantes** es un proveedor de la red designada de IEHP en California para trasplantes de órganos sólidos, tejidos y células madre, y servicios relacionados con los trasplantes, incluida la evaluación y el tratamiento continuo. A los fines de determinar la cobertura para trasplantes y servicios relacionados con trasplantes, la red de Centros de Realización de Trasplantes de IEHP incluye a cualquier proveedor de la red de recursos suplementarios designada por IEHP.

**El Cuidado de Urgencia** incluye un servicio médico cubierto que, de otro modo, una persona solicitaría para el tratamiento de una lesión, enfermedad inesperada o complicación de una afección existente, incluido el embarazo, para evitar el deterioro grave de su salud, pero que no reúne los requisitos para ser considerado como Atención Médica de Emergencia, según se define en esta sección. Esto puede incluir servicios para los que una persona debería haber estado consciente de que no existía una emergencia.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

## **Servicios de asistencia lingüística**

IEHP proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística, como interpretación oral, interpretación en lengua de señas, materiales escritos traducidos y dispositivos auxiliares adecuados para las personas con discapacidad. El Departamento de Servicios para Miembros de IEHP cuenta con personal bilingüe y servicios de intérpretes para idiomas adicionales con el fin de apoyar las necesidades lingüísticas de los miembros. Los servicios de interpretación oral en Su idioma pueden utilizarse para, entre otras cosas, explicar los beneficios, presentar una queja formal y responder a preguntas relacionadas con Su Plan. Además, nuestro personal de Servicios para miembros de IEHP puede ayudarle a encontrar un proveedor de atención médica que hable su idioma.

Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para este servicio gratuito y para programar un intérprete. Los proveedores no pueden pedirle que Usted traiga su propio intérprete a una cita. Existen limitaciones en el uso de Familiares y amigos como intérpretes. Los menores de edad solo pueden ser utilizados como intérpretes si existe una amenaza inminente para la seguridad del paciente y no hay un intérprete calificado disponible. La asistencia lingüística está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana en todos los puntos de contacto en los que se acceda a un beneficio o servicio cubierto. Si no puede localizar a un proveedor de atención médica que satisfaga Sus necesidades lingüísticas, puede solicitar que se le facilite un intérprete sin costo alguno. Los servicios de interpretación se coordinarán con las citas programadas para los servicios de atención médica, de tal manera que se garantice la prestación de los servicios de interpretación en el momento de la cita.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).



## **Aviso de no discriminación**

Además de los requisitos de no discriminación del Estado de California (como se describe en los documentos de cobertura de beneficios), IEHP cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad o sexo.

IEHP:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al

Miembros del Plan Individual y Familiar (*Individual & Family Plan, IFP*): 1-855-433-IEHP (4347) (TTY: 711)

Solicitantes del Plan Individual y Familiar (*IFP*): 1-855-538-IEHP (4347) (TTY: 711)

Si Usted cree que IEHP no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera basándose en una de las características mencionadas anteriormente, Usted puede presentar una queja formal llamando a Servicios para Miembros de IEHP al número que aparece arriba y decirles que necesita ayuda para presentar una queja formal; Servicios para Miembros de IEHP puede ayudarlo a presentar una queja formal. También puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico en:

IEHP Grievances & Appeals  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Correo electrónico: [grievances@iehp.org](mailto:grievances@iehp.org) (miembros) o (No miembros)

Si Su problema de salud es urgente, si Usted ya presentó una queja ante IEHP y no está satisfecho con la decisión o han pasado más de 30 días consecutivos desde que presentó una queja ante IEHP, Usted puede presentar un formulario de revisión médica independiente o uno de queja ante el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (“DMHC”). Puede presentar un formulario de queja llamando al servicio de asistencia del DMHC al **1-888-466-2219 (TDD 1-877-688-9891)** o en línea en [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint).

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights, "OCR"*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la OCR, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800--368--1019 (TDD: 1-800--537-7697). Puede acceder a los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/fileindex.html>.

---

**¿Tiene alguna pregunta?** Comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, 8am-6pm. Visítenos en línea en [iehp.org](http://iehp.org).