

2027

Formulario Combinado de Evidencia de Cobertura e Información ("EOC/DF")

Plan de salud de Covered California

Emitido por Inland Empire Health Plan

En la medida en que se limita y define en el presente documento, esta Evidencia de Cobertura ("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
1-855-433-IEHP (4347) o TTY 711

Índice

Uso de palabras especiales.....	7
Duración de Su cobertura	7
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 Médico de Cuidado Primario	10
Cómo cambiar su PCP	11
Red de servicios de IEHP Covered California.....	11
Red de farmacias de IEHP	12
Continuidad de la atención médica	12
Cómo seleccionar a un Profesional de la Salud Mental de la Red.....	13
Especialista, atención de referencia y autorizaciones	13
Autorizaciones previas.....	14
Servicios médicos de obstetricia y ginecología (OB/GYN)	15
Autorreferencia para Servicios de Atención Médica para la salud reproductiva y sexual.....	16
Referencia activa para atención especializada para servicios médicos y quirúrgicos.....	16
Proceso de gestión de la utilización	16
Su responsabilidad financiera	17
Deducibles.....	17
Máximo de Gastos del Bolsillo por Año Civil ("OOPM")	17
Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica	18
Definiciones relacionadas con el Acceso Oportuno a los Servicios de Atención Médica.....	18
Programación de las citas.....	19
Su Médico de Cuidado Primario o Profesional de la Salud Mental de la Red.....	19
Especialista en servicios médicos y quirúrgicos	20
Telesalud o Servicios de atención virtual	20
Cancelar o faltar a Su cita	20
Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas	20
¿Qué es el 988?	21

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

¿En qué se diferencia el 988 del 911?.....	21
Atención médica de emergencia	21
Tratamiento continuo después de la Atención Médica de Emergencia en un Hospital que no tiene contrato con IEHP	22
Cuidado de urgencia	22
Medicamentos recetados	23
Servicios de la vista pediátricos	24
Servicios dentales pediátricos	24
Administración de Atención Médica Compleja.....	24
Elegibilidad, inscripción y terminación	26
¿Quién es elegible y cómo inscribirse para la cobertura?	26
Hijos Dependientes	27
Periodo de inscripción abierta.....	27
Fecha de inicio de la cobertura	27
Cambio en la elegibilidad	27
Elegibilidad para los créditos fiscales y las reducciones de costos compartidos	28
Elegibilidad para un Plan para Catástrofes	28
Periodos de inscripción especiales para Dependientes recién adquiridos.....	28
Periodos de inscripción especiales	29
Separación legal o decreto final de disolución del matrimonio o de la pareja de hecho o anulación	31
Disposiciones de renovación.....	31
Reinscripción	31
Terminación de Beneficios	32
Cancelación de beneficios voluntaria	32
Terminación por causa justificada	32
Rescisión o cancelación de la cobertura por fraude o tergiversación intencional de hechos sustanciales...	33
Cancelación del EOC	33
Rescisión del EOC	34
Beneficios del Plan	34
Acupuntura.....	35
Servicios de Pruebas de Alergia e Inmunoterapia.....	35
Ambulancia y transporte médico que no sea de emergencia	35
Prueba de biomarcadores	36

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Sangre	37
Ensayos clínicos.....	37
COVID-19.....	38
Programa de Emergencia y Paramedicina de la Comunidad	38
Servicios dentales.....	38
Cuidado de la diabetes	39
Diálisis	40
Equipo Médico Duradero.....	41
Planificación familiar.....	42
Preservación de la fertilidad y servicios para la infertilidad	43
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	48
Vacunas e inyecciones	50
Terapia de infusión	50
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.....	51
Servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen.....	53
Terapia médica nutricional	54
Servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias	54
Servicios para pacientes hospitalizados.	57
Segunda opinión de un Profesional de la Salud Mental.....	58
Suministros para ostomía y urología.....	59
Centro para pacientes ambulatorios y servicios quirúrgicos.....	60
Atención Paliativa.....	60
Asma infantil.....	61
Servicios dentales pediátricos	61
Servicios de la vista pediátricos	62
Fenilcetonuria (PKU).....	64
Servicios de embarazo y maternidad	64
Servicios de Atención Preventiva	65

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Servicios profesionales y visitas al consultorio	67
Prótesis y aparatos de ortopedia.....	68
Terapia de rehabilitación.....	69
Segunda opinión de un Médico.....	70
Atención de enfermería especializada.....	70
Medicamentos implantados quirúrgicamente	71
Telesalud o Servicios virtuales	71
Trasplantes	71
Vista y audición	72
Beneficios de Medicamentos Recetados	72
Lista de Medicamentos Cubiertos y niveles	73
¿Qué medicamentos están cubiertos?	74
Cómo conseguir artículos cubiertos.....	74
Lista de Medicamentos Cubiertos para pacientes ambulatorios	76
Autorización Previa	77
Fármacos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Cubiertos	77
Límites de cantidad.....	78
Terapia escalonada.....	78
Medicamentos preventivos y anticonceptivos	79
Medicamentos anticonceptivos de emergencia.....	79
Medicamentos orales contra el cáncer	79
Otros medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios	80
Medicamentos para su uso fuera de lo indicado	80
Medicamentos compuestos	81
Red de farmacias.....	81
Obtención de Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia participante.....	81
Obtención de Medicamentos Recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia participante en una emergencia	82
Pedidos por correo	82
Farmacia especializada	82
Límites de cantidad y surtidos parciales	83
Exclusiones y limitaciones.....	83
Exclusiones y Limitaciones generales.....	83

Disposiciones generales.....	90
Quejas formales, apelaciones, revisión médica independiente y arbitraje	94
¿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?	94
¿Qué es una queja formal?	95
¿Cómo presentar una queja formal?.....	95
Recuperación de los beneficios pagados por IEHP	103
Cobertura gubernamental.....	108
Medicare	108
Medi-Cal	108
Administración de veteranos.....	108
Disposiciones diversas.....	108
Definiciones.....	118
Servicios de asistencia lingüística	135
Aviso de no discriminación	136

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 finalizará a las 12:01 a.m. 14 días después de que avise 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 del último día del primer mes de cobertura de su póliza de IEHP Covered. A partir de entonces, el pago completo deberá efectuarse el 25 de cada mes para el siguiente mes de cobertura mientras la EOC esté vigente.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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: una cuenta corriente personal, cheque, cheque de caja, giro postal, efectivo, 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 511399
Los Angeles, CA 90051-7954

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

Los pagos de primas también se pueden hacer en persona en la oficina de IEHP de lunes a viernes, entre las 8 am y las 4 pm en:

10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730

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.

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 de la fecha de vencimiento de la factura del mes en que vencen las primas del plan, después del primer mes de cobertura IEHP le enviará un Aviso de inicio del Periodo de gracia en el que se indicará:

- (a) la cantidad adeudada en dólares 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 se cumplen los requisitos para la reactivación y los montos adeudados se pagan dentro de los 15 días consecutivos 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 o actual, 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.

Periodo de gracia de tres meses

Los Suscriptores y Dependientes inscritos que reciban Créditos Fiscales Anticipados para la Prima (APTC) Federales 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 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 después del primer mes de cobertura, 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

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 Nativos Americanos 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 de servicio médico para la comunidad nativo americana (Indian Health Service, IHSI), de una tribu indígena, una organización tribal u organización indígena urbana. Además, un nativo americano o nativo de Alaska que esté inscrito en un plan de cero costos compartidos no tiene que pagar costos compartidos por Beneficios de Salud Esencial si los proporciona 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, deberá seleccionar un Médico 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; y
- 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 Médicos de Cuidado Primario de la Red de Servicios en el área de servicio de IEHP, visite el sitio web de IEHP en iehp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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. El cambio de su PCP o el de Su Dependiente entrará en vigor el siguiente día hábil.

Red de servicios de IEHP Covered California

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 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) Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado cuando están autorizados por IEHP.

Nota: No todos los médicos y hospitales que tienen un contrato con IEHP son proveedores de la red para este plan. Nota: No todos los Médicos y Hospitales que tienen contrato con IEHP son proveedores de la red para este plan. No se puede garantizar la participación continua de ningún médico, hospital u otro proveedor. Por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP o bien visite el sitio web de IEHP en iehp.org para poder identificar los proveedores de la red dentro de la red de Covered California.

Si tiene un médico que quiere conservar o quiere encontrar un nuevo PCP, puede buscarlo en el Directorio de Proveedores de IEHP. Tiene una lista de todos los PCP en la red de IEHP. El Directorio de proveedores de IEHP 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.

Servicios de proveedores no contratados obtenidos en una instalación 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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. Las farmacias que no pertenecen a la red de farmacias de Covered California de IEHP se consideran farmacias no contratadas por este Plan.

Continuidad de la atención médica

Los miembros que están en un curso bajo un tratamiento de un proveedor que abandona la red de IEHP o los nuevos Miembros que estaban siendo tratados por un proveedor no participante, incluido un hospital, bajo un plan de salud anterior y que cumplen cualquiera de las condiciones que figuran a continuación pueden solicitar la Continuidad de la Atención Médica:

Condición de Calificación	Periodo de tiempo
Una condición grave	Mientras dure la condición
Una condición crónica grave	No más de 12 meses
Embarazo	Durante el embarazo y la atención posparto inmediata
Enfermedad terminal	Mientras la persona viva
Atención de niños recién nacidos hasta los 36 meses de vida	Hasta los 12 meses
Cirugía o procedimiento ya programado	La cirugía o el procedimiento deben programarse en un plazo de 180 días después de la salida de su médico o del hospital del plan de salud.

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 Su fecha de vigencia, a no ser que Usted pueda demostrar que no era razonablemente posible realizar la solicitud en el plazo de 60 días. 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.

Transición de los cuidados para nuevos Afiliados

Si su cobertura previa fue con otro plan antes de inscribirse a IEHP, puede solicitar atención continua de un proveedor, incluido un hospital que no tenga un contrato con IEHP, siempre y cuando Su cobertura anterior fue con otro plan antes de inscribirse a IEHP y Usted tuvo que cambiar planes debido a que su plan de salud ya no estaba disponible en el mercado. 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Miembro existente de un proveedor dado de baja

Si se termina el contrato de IEHP con un Médico u otro proveedor, IEHP transferirá a los Miembros afectados a otro Médico 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 Médico 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.

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

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 Usted 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 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. Un Especialista es un Médico 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. 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 tratará durante el tiempo que crea que usted necesita tratamiento. 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 72 horas

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

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, Usted será informado y se le 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 los servicios médicamente necesarios no están disponibles 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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*)

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
- 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 Médico u otro proveedor realice, recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio, suministro u hospitalización, no lo vuelve Médicamente 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 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.

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 Médicamente 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en 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
- Kit de prueba en casa para la enfermedad de transmisión sexual (*sexual transmitted disease, STD*), cubierto sin costo compartido.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual ("STD")
- Atención médica por violación o agresión sexual, incluida la recolección de pruebas médicas, la atención en la sala de emergencias y la atención médica de seguimiento sin imponer costos compartidos durante los nueve primeros meses después del tratamiento inicial. Esta cobertura no requiere ninguno de los siguientes requisitos:
 - Un expediente policial sobre la violación o la agresión sexual
 - Cargos que deben presentarse al asaltante
 - Asaltante que será condenado por violación o agresión sexual
- 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 o un centro de atención de especialidad 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.

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 Médico aprueban o deniegan las solicitudes de referencia.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 Control de Utilidad de Servicios de su médico y/o el Director Médico deben tener en cuenta las necesidades del miembro al tomar la decisión de aprobar o denegar los servicios de atención médica 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 8 a.m. y 5 p.m. 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 toda su atención. 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. Debe pagar una cantidad de gastos cubiertos por estos servicios equivalente al Deducible por Año Calendario antes de que Su Plan pague los beneficios. Consulte la sección "Programa de beneficios" para más detalles acerca de 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.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 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 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.

Para acceder a servicios de triaje o evaluación las 24 horas del día, los 7 días de la semana, comuníquese con la línea de consejos de enfermería de IEHP al 1-888-244-IEHP (4347) (TTY 711).

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

El tiempo de espera del triaje o evaluación no será de más de 30 minutos. Es el tiempo que se tarda en hablar por teléfono con un Médico, 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.

Servicios	Directrices de acceso a la atención
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 (proveedor 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 o 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
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 Médico 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 Médico. El recepcionista hará todo lo posible para programar una cita a la hora que más le convenga a Usted. Si necesita cancelar Su visita, notifíquese a su Médico 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Especialista en servicios médicos y quirúrgicos

Su PCP es Su Médico 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. Puede encontrar información adicional sobre las opciones de atención médica mediante telesalud en IEHP.org. Es importante que tanto Usted como Su proveedor 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.

Cancelar o faltar a Su cita

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

Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas

Cuando necesite atención médica, siempre debe intentar consultar primero con su Médico de Cuidado Primario. Cuando no pueda comunicarse con su médico después del horario regular de servicios o si su médico no está disponible, 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/chat.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

¿Qué es el 988?

La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis brinda apoyo confidencial las 24 horas, los 7 días de la semana, a personas que atraviesan angustia emocional, o crisis de suicidio o consumo de sustancias. La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis ofrece apoyo gratuito y confidencial para cualquier persona que se encuentre en crisis. Comuníquese con consejeros de crisis capacitados, que le escucharán, le brindarán apoyo emocional y le pondrán en contacto con los recursos necesarios. Llame o envíe un mensaje de texto al 988 en cualquier momento. La cobertura incluye servicios de crisis de Salud del Comportamiento proporcionados por el centro de llamadas 988 y referencias de este centro de llamadas a un equipo de crisis móvil u otro servicio para crisis de Salud del Comportamiento. Los servicios y la atención para estabilización de crisis de Salud del Comportamiento brindados por el centro de llamadas 988, el servicio de crisis móvil u otro servicio de crisis de Salud del Comportamiento están cubiertos independientemente de si el servicio lo proporciona un proveedor o establecimiento dentro o fuera de la red.

¿En qué se diferencia el 988 del 911?

Marque el 988 para acceder a la red de servicios de la Línea 988 y a apoyo en caso de crisis. Esto es distinto del número de seguridad pública 911, que se centra en enviar servicios médicos de emergencia, bomberos y policía cuando es necesario.

Atención médica 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 atención médica de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ya sea dentro o fuera del área de servicio de IEHP. Los servicios médicos de emergencia son Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios, incluidos los servicios de Ambulancia y de Salud mental, que un Miembro considere que es razonablemente necesario para detener o aliviar:

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

Los servicios de emergencia incluyen una evaluación médica, un examen y una evaluación por parte de un Médico 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:

- 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- Huesos rotos

Si es admitido en un Hospital como paciente internado directamente desde la sala de emergencias, no se aplicará el copago de la sala de emergencias.

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 Usted 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 condición 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 Usted se encuentra fuera de los Estados Unidos, Usted tendrá que pagar los servicios de emergencia que Usted reciba. IEHP le reembolsará los servicios de emergencia cubiertos con base en la Cantidad Máxima Permitida. Por favor, envíe Su factura, el comprobante de pago y su expediente médico en un plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Puede hacerlo mediante cualquiera de las siguientes opciones:

- Correo electrónico: Covered@iehp.org
- Fax: (909) 890-5877 o (909) 477-8546
- En persona: 10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- Correo postal: Attention Member Services, P.O. Box 1800, Rancho Cucamonga, CA 91729

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 un contrato con IEHP, el Tratamiento de Seguimiento debe ser autorizado por IEHP o no será cubierto. Una vez que Su Situación Médica de Emergencia o Trastorno Médico Psiquiátrico 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 deberá 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 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.

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 cuidado de urgencia, llame a Su PCP. Muchos de los Médicos de IEHP tienen horarios para brindar atención de urgencia por la noche y los fines de

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

semana. Si no puede comunicarse con Su PCP, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711) para obtener las ubicaciones de Cuidado de Urgencia de la red de servicios. O puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-888-244-IEHP (4347) (TTY 711), para conocer el nivel de atención que es mejor para Usted.

Las enfermedades 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.

Cuidado de Urgencia dentro del área de servicio: Los servicios deben ser realizados por Su PCP, proveedor de cuidado de urgencia de la red o Profesional de Salud Mental de la Red para que estén cubiertos.

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.

Atención Urgente fuera del Área de Servicio: Si está fuera del área de servicio y necesita atención urgente, puede visitar cualquier centro de atención urgente cerca de usted.

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.

Medicamentos recetados

Si Usted compra un Medicamento Recetado cubierto para una emergencia médica o Cuidado 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

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 después del horario regular de servicios; o visite el sitio web de IEHP en iehp.org para buscar un proveedor en [Find Care](#).

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.

Administración de Atención Médica Compleja

Si Usted está enfermo o tiene una enfermedad grave, IEHP trabajará con Usted y con su Médico para asegurarse de que Usted reciba la atención que necesita. El **Departamento de Administración Integrada de la Atención (*Integrated Care Management, ICM*) de IEHP** ayuda a los miembros que pueden necesitar apoyo adicional para controlar su salud. IEHP identifica a los miembros que podrían beneficiarse de la Administración de Atención Compleja (*Complex Care Management, CCM*) mediante la revisión de determinada información de salud, como diagnósticos, medicamentos, resultados de análisis de laboratorio y hospitalizaciones o visitas recientes a la sala de emergencias. Los miembros que presentan un mayor riesgo para la salud pueden ser inscritos en el programa de CCM. Por ejemplo, los miembros que presentan **dos de las siguientes tres condiciones** pueden ser identificados para recibir apoyo adicional:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

1. Diabetes
2. Presión arterial alta (hipertensión)
3. Depresión

El Equipo de la Administración de la Atención Médica (*Care Management Team, CMT*) trabajará con Usted para entender Sus necesidades médicas, de salud mental y sociales. Su Administrador de Cuidado puede ayudarle a controlar Sus Condiciones y Sus medicamentos, coordinar Su atención médica con Sus Médicos y conectarlo con recursos comunitarios y beneficios que apoyen Su salud general.

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 (*Complex Care Management, CCM*) de IEHP, tales como:

- Una Referencia de un Profesional Médico (Su Médico o Especialista puede hacerle una referencia).
- Una Referencia del Miembro o Cuidador (Usted o Su cuidador pueden llamar a IEHP para pedir ayuda a un Administrador de Atención Médica Compleja).
- Una Referencia de un Planificador de Tratamiento para Dar de Alta (Si le dan de alta del hospital y tiene muchas necesidades de cuidado complicadas).
- Una Referencia de Administración Médica (por ejemplo, una enfermera de la Línea de Consejos de Enfermería de IEHP podría recomendarle el programa).

Los miembros que están inscritos en la CCM tienen un administrador de atención asignado en IEHP que puede ayudar con la administración de la atención básica y un conjunto ampliado de apoyos de atención de transición que están disponibles si es dado de alta de un hospital, un centro de enfermería especializada, un hospital psiquiátrico o un tratamiento residencial.

Para verificar la elegibilidad y optar por participar en el programa de la CCM, deberá completar una encuesta de salud para evaluar sus necesidades. Esta encuesta ayudará a determinar si usted es elegible para el programa. Si es elegible para el programa y desea participar, será inscrito automáticamente. Si no es elegible para el programa de CCM, pero desea obtener más información sobre otros servicios de administración de atención disponibles, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-440-4347.

Después de inscribirse en el programa de CCM, se le asignará un Coordinador de Casos Principal. El Coordinador de Casos se comunicará con usted al menos una vez cada 30 días para hablar sobre

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

sus metas de salud. También le ayudará a elaborar un plan para alcanzar esas metas. Para comenzar, llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Una vez inscrito, puede optar por salir del programa en cualquier momento. Para cancelar su participación, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-4347 y hágales saber que ya no desea participar en el programa.

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 los Estados Unidos o vivir legalmente en los Estados Unidos.
- No estar encarcelado.
- 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 padrastrós 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: Al cónyuge legítimo del Suscriptor, según lo define la ley 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).
- Hijos: Los hijos del Suscriptor o su cónyuge (incluidos los adoptados legalmente niños, hijastros y niños para los que el Suscriptor es un tutor designado por el tribunal).
- Un padre o padrastro que cumpla con la definición de pariente elegible según la Sección 152(d) del Título 26 del Código de los Estados Unidos y que viva o resida dentro del área de servicio de IEHP.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 un comprobante 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 prueba de incapacidad y dependencia sin costo alguno para IEHP. 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 diciembre. Para las inscripciones recibidas del 1 de noviembre al 31 de diciembre, la cobertura comenzará el 1 de enero. 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, 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 y completado el pago total 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

puede enviar avisos por correo a Covered California en: 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 la Prima 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 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, 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, 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 adquiridos

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

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 "Acuerdo 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 (*Open Enrollment Period, OEP*), 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

- Pérdida de cobertura médica debido a un error cometido por un plan de salud anterior.
- Su proveedor dejó la red del plan de salud mientras usted estaba recibiendo atención en una de las siguientes situaciones: (a) una condición 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 los Estados Unidos 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 Estados Unidos.
- No haber tenido permitido inscribirse a través de Covered California debido a acciones intencionales, inadvertidas o erróneas del Intercambio.
- Obtener o mantener el estatus de nativo americano, tal y como se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica Indígena.
- 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 responsable 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 solicitado cobertura con Medi-Cal durante el Periodo de Inscripción Abierta anual y haberse determinado que no era elegible para Medi-Cal después de concluido el Periodo de Inscripción Abierta de Covered California.
- No haberse inscrito por esperar a que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 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:

- Cobertura perdida en un plan con cobertura esencial mínima. Esto no incluye la rescisión voluntaria, la pérdida por falta de pago de las primas ni situaciones que permitan una rescisión.
- 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 que no es Año 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpa.org.

- Haber salido de la cárcel.
- Haberse hecho ciudadano de los Estados Unidos recientemente o vivir legalmente en los Estados Unidos.
- 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.
- Inscrito en la cobertura de continuación de COBRA por la que un empleador está pagando todas o parte de las primas. O bien, la cobertura para la cual una entidad gubernamental está prestando subsidios, y el empleador cesa por completo sus contribuciones a la cobertura de continuación de la COBRA o las subvenciones gubernamentales cesan por completo.
 - Evaluados por Covered California como posiblemente elegibles para Medi-Cal y se determina que no son elegibles para dicha cobertura.

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. Por favor, llame a nuestros Servicios de Apoyo para la Inscripción de IEHP California al 1-855-538-4347 (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.

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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 12:01 a.m., 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 Anticipados para la Prima (Advance Premium Tax Credits, APTC) Federales 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 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.
- 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) La fecha efectiva de la terminación.
- (b) 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.

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 del 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) La fecha efectiva de la terminación.
- (b) Los nombres de todos los afiliados afectados.
- (c) Su derecho a presentar una queja formal.

Rescisión del 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. Al firmar la solicitud de inscripción, Usted se comprometió a cumplir los términos de esta EOC. Si se rescinde esta EOC, a Usted 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.
- (b) 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.
- 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 Usted cree que IEHP ha rescindido indebidamente Su cobertura, Usted 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.

Beneficios del Plan

Los beneficios se proporcionan solo por servicios que son Médicamente Necesarios. Se puede encontrar una explicación completa de la necesidad médica en la sección "Definiciones".

El solo hecho de que un Médico 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 Médico, 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 para la Atención de Emergencia y Urgente, para los Suscriptores y sus dependientes elegibles deben prestarlos los Proveedores de la Red o los proveedores autorizados por IEHP para que los preste 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. Por favor, consulte la sección "Programa de beneficios" para más detalles.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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

Acupuntura

Para todos los servicios de acupuntura, IEHP ha contratado a American Specialty Health Plans of California, Inc. ("ASH") para actuar como administrador de servicios de acupuntura del Plan. Los servicios de acupuntura, que suelen prestarse solo como tratamiento para las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico. Los Servicios de Acupuntura deben ser prestados por un Médico de la Red, un acupunturista autorizado u otro Proveedor de Atención Médica debidamente autorizado o certificado.

American Specialty Health Plans of California, Inc. ("ASH") coordinará 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 acupuntura llamando al 1-800-678-9133 (TTY 711).

Todos los Servicios de Acupuntura cubiertos pueden estar sujetos a ser verificados como Necesidad Médica por American Specialty Health Plans of California, Inc. ("ASH"):

- Examen de nuevo paciente (primera visita) 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.

Servicios de Pruebas de Alergia e Inmunoterapia

Se ofrecen beneficios para pruebas de alergia e 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

Ambulancia y transporte médico que no sea de emergencia

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:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

- 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 médico que no sea de emergencia mediante ambulancia terrestre de un centro médico a otro cuando lo autorice IEHP.
- Transporte médico que no sea de emergencia mediante ambulancia aérea cuando IEHP lo autorice previamente de un centro médico a otro.
- Servicios de ambulancia y transporte psiquiátrico que no sean de emergencia dentro del área de servicio si: (1) IEHP determina y autoriza 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.

El transporte médico de emergencia o que no sea de emergencia cuando lo autorice IEHP mediante servicios de ambulancia aérea están cubiertos con los costos compartidos del proveedor de la red, incluso si Usted recibe los servicios de un proveedor no participante.

El transporte no médico en automóvil, taxi, autobús y cualquier otro tipo de transporte no médico no está cubierto, incluso si es la única forma de viajar hacia un proveedor participante. Los servicios de ambulancia terrestre de un proveedor no contratado están cubiertos por el mismo monto de costo compartido para los mismos servicios de un proveedor de ambulancia terrestre contratado. Además, a los proveedores de ambulancias terrestres no contratados se les prohíbe cobrar más que el monto de costo compartido dentro de la red.

Prueba de biomarcadores

Las pruebas de biomarcadores estarán cubiertas para fines de diagnóstico, tratamiento, manejo apropiado o control continuo de una enfermedad o afección para guiar las decisiones de tratamiento. Las pruebas de biomarcadores están cubiertas cuando son médicamente necesarias, se proporcionan de una manera que limita las interrupciones en la atención y están sujetas a la revisión y aprobación de la administración de la utilización por parte de IEHP. La cobertura incluirá pruebas de biomarcadores que cumplan con cualquiera de los siguientes requisitos:

- Una indicación etiquetada para una prueba que ha sido aprobada o autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) de los Estados Unidos o es una prueba indicada para un medicamento aprobado por la FDA.
- Una determinación de cobertura nacional realizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales.
- Una determinación de cobertura local hecha por un contratista administrativo de Medicare para California.
- Pautas de práctica clínica basadas en evidencias, respaldadas por literatura revisada por pares y estudios científicos revisados por pares publicados o aceptados para su publicación en revistas médicas que cumplen con requisitos reconocidos a nivel nacional para manuscritos científicos y que envían la mayoría de sus artículos publicados para revisión por expertos que no forman parte del personal editorial.
- Estándares establecidos por la Academia Nacional de Medicina.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 los Estados Unidos.
- 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 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.

Su Médico 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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. Los costos compartidos solo se aplican a servicios, pruebas y tratamientos brindados por un proveedor fuera de la red.

Programa de Emergencia y Paramedicina de la Comunidad

No tendrá que pagar más si recibe servicios cubiertos de un programa de paramédicos comunitarios fuera de la red, un programa de triaje a destino alternativo o un programa de salud móvil integrado. Usted pagará la misma cantidad que pagaría por estos servicios de un programa dentro de la red. Se aplicará un costo compartido del PCP para estos servicios.

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 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 una enfermedad, dolencia o cualquier otra causa.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehps.org.

- 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 1-866-544-2981, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Cuidado de la diabetes

Los servicios y artículos que se indican a continuación están cubiertos cuando son Médicamente Necesarios y los proporciona un proveedor de la red.

Suministros para pruebas de diabetes y dispositivos para la administración de insulina:

- Tiras reactivas de cetona.
- Monitores de glucosa en la sangre diseñados para ayudar a las personas con impedimentos visuales.
- Algunas marcas de monitores continuos de glucosa.
- Lancetas y dispositivos de punción para lancetas.
- Ciertas marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre.
- Ciertas marcas de sistemas de administración de insulina tipo pluma para la administración de insulina, incluidas agujas para pluma, agujas desechables y jeringas.
- Ciertas marcas de bombas de insulina y todos los suministros necesarios relacionados.

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 cuando tienen una receta

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

médica. 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 a través de los beneficios de Medicamentos Recetados (consulte la sección "Beneficios de Medicamentos Recetados" 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 Médico. 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:

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

Su costo compartido por los servicios cubiertos variará según el tipo de establecimiento que elija. Los servicios obtenidos en un centro de diálisis independiente de la red de servicios suelen ser menos costosos en comparación con los servicios obtenidos en un hospital de la red o en un centro hospitalario. 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 Estados Unidos. Los servicios de diálisis para pacientes ambulatorios dentro de los Estados Unidos, 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 Estados Unidos no es un servicio cubierto.

Equipo Médico Duradero

El Equipo Médico Duradero (*Durable Medical Equipment, DME*) es el equipo médicamente necesario que ordena Su Médico 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 devolvernos 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
- 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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.

Ejemplos de DME no cubiertos, entre otros:

- Sillas o bancos para ducha
- Inodoros portátiles
- Medias de compresión
- Compresas térmicas
- Fajas de maternidad

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

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpa.org.

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 incluyen:

- 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 y servicios para la infertilidad

Este Plan cubre los servicios y suministros Medicamente Necesarios para los tratamientos estándar de preservación de la fertilidad si se cumple alguno de los siguientes párrafos:

- (1) Su Proveedor le ha recomendado que reciba, dentro de los próximos 12 meses, un tratamiento médico cubierto que puede causar infertilidad, y Usted declara que tiene previsto someterse a dicho tratamiento dentro de los próximos 12 meses; O
- (2) Usted ha recibido un tratamiento médico cubierto que puede causar infertilidad, Su condición médica era tal que no pudo someterse a la preservación de la fertilidad o completar sus ciclos de preservación de la fertilidad, y continúa teniendo riesgo de infertilidad debido al daño reproductivo causado por dichos tratamientos.

La infertilidad iatrogénica es la causada directa o indirectamente por cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico. La infertilidad iatrogénica no incluye la infertilidad causada por un tratamiento médico realizado con el propósito de prevenir el embarazo, incluida la vasectomía o la ligadura de trompas.

Los servicios de preservación de la fertilidad son cualquiera de los siguientes 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehps.org.

Medicine. El diagnóstico genético antes del implante está cubierto cuando es Medicamento Necesario.

- (1) Obtención de gametos, de la siguiente manera:
 - a. Un límite de por vida de hasta dos ciclos de obtención de ovocitos para los Miembros que tienen ovarios.
 - b. Un límite de por vida de hasta dos intentos de obtención de espermatozoides para los Miembros que tienen testículos.
- (2) Un límite de por vida de hasta dos intentos de creación de embriones.
 - a. IEHP no está obligado a cubrir ningún costo relacionado con la obtención de gametos de una persona que no sea el Miembro que recibe el tratamiento médico que puede causar infertilidad iatrogénica.
- (3) Un límite de por vida de hasta dos intentos de obtención de tejido gonadal.
- (4) Los límites de por vida especificados anteriormente se aplican a cada Miembro independientemente del número de planes de servicios de atención médica en los que se inscriba durante su vida.
- (5) Criopreservación y almacenamiento de espermatozoides, ovocitos, tejido gonadal y embriones, de la siguiente manera:
 - a. Hasta que el Miembro cumpla 26 años, si es menor de 18 años en la fecha en que se criopreserve por primera vez su material genético.
 - b. Hasta que el Miembro cumpla 26 años o durante tres años, lo que sea más largo, si tiene 18 años o más, pero menos de 26 años, en la fecha en que se criopreserve por primera vez su material genético.
 - c. Durante un período de tres años si el Miembro tiene 26 años o más al momento de la primera criopreservación de su material genético.
- (6) IEHP se reserva el derecho de seleccionar el proveedor de servicios de almacenamiento de su elección para la criopreservación de material genético.
- (7) Protección o transposición gonadal durante un procedimiento o tratamiento, si no está ya incluida en la cobertura habitual de dicho procedimiento o tratamiento.
- (8) Cualquier otro servicio estándar de preservación de la fertilidad que sea compatible con las prácticas médicas establecidas y publicadas por la American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine.

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, espermatozoides o embriones de donantes.
- Portadoras gestacionales (madres sustitutas).
- El tratamiento y el control de otras formas de infertilidad (no iatrogénica) no están cubiertos.

IEHP no está obligado a continuar cubriendo el almacenamiento de material genético de una persona que ya no esté inscrita en el plan de servicios médicos. Si cambia de plan de servicios médicos durante el período de almacenamiento cubierto y su nuevo plan determina que es necesario transportar el material genético a otro centro de almacenamiento, Su nuevo plan será responsable de los costos de transporte del material genético al centro de almacenamiento que seleccione y deberá

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

cubrir el almacenamiento durante el resto del período de almacenamiento aplicable. Su nuevo plan también será responsable de los costos de transporte y almacenamiento relacionados con la criopreservación de embriones.

IEHP coordinará con Su nuevo plan de servicios médicos para garantizar que la transferencia y el transporte del material genético se realicen de la manera más rentable. IEHP proporcionará al nuevo plan de servicios médicos información que indique la fecha de inicio de cualquier criopreservación del material genético.

Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una reclamación por servicios de criopreservación, IEHP le proporcionará un aviso por escrito en el que se explicará el período de almacenamiento cubierto. En el aviso se incluirá una explicación de los períodos aplicables según Su edad al momento de recibir los servicios de criopreservación, las opciones para continuar almacenando el material genético si la cobertura termina antes de que finalice el período de almacenamiento, y cualquier posible gasto de su bolsillo asociado con la continuación del almacenamiento del material genético si la cobertura termina antes de que finalice el período de almacenamiento.

Noventa (90) días antes del vencimiento de los períodos de criopreservación/almacenamiento mencionados anteriormente, IEHP le proporcionará un aviso por escrito en el que se explicará la finalización del período de almacenamiento. En este aviso se incluirán las opciones para continuar almacenando el material genético y cualquier posible gasto de su bolsillo que deba pagar por continuar almacenándolo una vez que haya terminado la cobertura.

Tiene derecho a recibir servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica cuando cumpla los requisitos establecidos en la Sección 1300.74.551 del Título 28 del Código de Reglamentos de California. "Infertilidad iatrogénica" significa infertilidad causada directa o indirectamente por una cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico. Si IEHP no logra coordinar esos servicios con un proveedor adecuado que forme parte de la red de IEHP, IEHP debe cubrir y coordinar los servicios que necesite con un proveedor fuera de la red. Si esto sucede, usted no pagará más que la parte de los costos correspondiente a los servicios dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de servicios médicos debe ofrecerle una cita en un plazo máximo de 10 días hábiles para la atención primaria y de 15 días hábiles para la atención especializada a partir del momento en que solicitó los servicios al plan de servicios médicos. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de servicios médicos debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de servicios médicos no exige autorización previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de servicios médicos exige autorización previa).

Si su plan de servicios médicos no logra coordinar que reciba los servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, usted puede coordinar la atención con cualquier proveedor autorizado, incluso si el proveedor no forma parte de la red de su plan de servicios médicos. Si está inscrito en una cobertura de una organización de proveedores

preferidos (*preferred provider organization, PPO*) y su plan de servicios médicos puede coordinar su atención dentro de los plazos y conforme a los estándares geográficos, el uso voluntario de beneficios fuera de la red puede hacer que deba pagar cargos correspondientes a servicios fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica o tiene dificultades para obtener estos servicios, puede:

1) llamar a su plan de servicios médicos al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de servicios médicos; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219; o 3) comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California a través de su sitio web en www.DMHC.ca.gov para solicitar asistencia para obtener servicios estándar de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica.

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

Se cubren los servicios de 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 otra cirugía reconstructiva. 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 (*Activities of Daily Living, ADL*).

La cobertura de los servicios de habilitación debe ser proporcionada por un Médico 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

Servicios Cubiertos están sujetos a la autorización de IEHP. Los servicios deben basarse en un 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 hogar.
- 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- Servicios de nutrición enteral y suministros, fórmulas nutricionales cubiertas, y soluciones complementarias.
- Suministros médicos utilizados durante una visita cubierta.
- Administración de medicamentos inyectables a domicilio.

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 hasta 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 Asistencia 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 Asistencia Médica a Domicilio o se determine que es Medicamento Necesaria.

Consultas médicas a domicilio

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

Hospicio

Los cuidados de Hospicio son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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, que incluye evaluación, evaluación y administración de casos de 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
- Hormona del crecimiento
- 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.
 - 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 Médico. Sus cuidados de Hospicio continúan hasta el siguiente periodo de cuidados cuando Su Médico vuelva a certificar que Usted tiene una enfermedad terminal. La agencia de Hospicio trabaja con Su Médico para garantizar que Su inscripción en los cuidados de Hospicio continúe sin interrupción.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.
- 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 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".

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".

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 condición 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 las leyes federales para fines de Investigación" o medicamentos en Investigación no aprobados por la FDA.
- Medicamentos u otras sustancias obtenidas fuera de Estados Unidos.
- 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).
- 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 Medicamento 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 Medicamento 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpa.org.

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

Cubrimos la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados relacionada con procedimientos quirúrgicos bariátricos (que incluyen sala y alojamiento, imágenes, laboratorio, procedimientos especiales y servicios médicos participantes) cuando se realiza para tratar la obesidad mórbida mediante modificación del tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y absorción de nutrientes, si se cumplen todos los requisitos que figuran 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.
- 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 Medicamente 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, ocupación 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 visita de 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:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 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 (*Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA*) de 1998. 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 Médico que lo atiende en consulta con Usted.

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*)

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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

Terapia médica nutricional

Los suplementos alimenticios, nutricionales y fórmulas especializadas no están cubiertos excepto cuando se recetan para el tratamiento de la fenilketonuria (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 Médico 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.

IEHP cubre la leche humana de donante pasteurizada médicamente necesaria de un banco de tejidos con licencia del Departamento de Salud Pública de California para los bebés que no pueden recibir la leche materna de su madre por razones médicas o físicas. Este beneficio está disponible tanto para uso hospitalario como a domicilio.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Mentales, el 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).

Los servicios básicos de atención médica que están cubiertos por los Servicios para Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias incluyen los siguientes:

- atención especializada coordinada para el tratamiento del primer episodio de psicosis;
- prueba de detección de drogas;
- disforia de género;
- tratamiento intensivo en el hogar;
- polisomnografía;
- servicios en el plantel escolar para una afección de salud mental o un trastorno por uso de sustancias, y
- servicios de atención médica preventiva.

La cobertura de Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias incluye la gama completa de niveles de atención de conformidad con la sección 1374.72(b)(2) del Código de Salud y Seguridad, y no se limita al tratamiento a corto plazo o agudo de conformidad con la sección 1374.72(a)(6) del Código de Salud y Seguridad. 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".

Todas las autorizaciones previas, los criterios de determinación de revisión de utilización y cualquier material del programa educativo están disponibles a solicitud sin ningún costo para usted. Todos los materiales, incluida esta EOC y la información adicional relacionada con los Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias también se pueden encontrar en el sitio web del plan en www.iehp.org. Si hay algún cambio a este beneficio, los criterios o las autorizaciones previas, se lo notificaremos de inmediato.

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.

Usted tiene derecho a recibir Servicios por Trastornos de Salud Mental o por Consumo de Sustancias (*Mental Health/Substance Use Disorder, MH/SUD*) oportunos y geográficamente accesibles cuando los necesite. Si IEHP no tramita esos servicios para usted con un proveedor

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

apropiado que esté en la red del plan de salud, el plan de salud debe cubrir y tramitar los servicios necesarios para usted con un proveedor fuera de la red. Si eso sucede, no tendrá que pagar nada más que su costo compartido habitual dentro de la red.

Si no necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita en un máximo de 10 días hábiles a partir de cuando solicitó los servicios al plan de salud. Si necesita los servicios con urgencia, su plan de salud debe ofrecerle una cita dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud (si el plan de salud no requiere Autorización Previa para la cita) o dentro de las 96 horas (si el plan de salud sí requiere Autorización Previa).

Si su plan de salud no tramita para usted los servicios dentro de estos plazos y dentro de los estándares de acceso geográfico, puede hacer arreglos para recibir servicios de cualquier proveedor autorizado, incluso si el proveedor no está en la red de su plan de salud. Para estar cubierto por su plan de salud, su primera cita con el proveedor debe ser dentro de los 90 días consecutivos a partir de la fecha en la que solicitó por primera vez al plan los servicios de MH/SUD.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener servicios de MH/SUD o tiene dificultades para obtener servicios, puede: 1) llamar a su plan de salud al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del plan de salud; 2) llamar al Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California al 1-888-466-2219, o 3) comunicarse con el Centro de Ayuda del Departamento de Administración de Servicios Médicos de California a través de su sitio web en www.healthhelp.ca.gov para solicitar ayuda para obtener servicios de MH/SUD.

Servicios ambulatorios: cubrimos los servicios que se indican a continuación cuando los prestan Médicos de la red u otros proveedores de la red que son profesionales de la atención médica 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 Médico, 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.
 - 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

- 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 incluir pruebas documentadas de que se está progresando hacia los objetivos establecidos en el plan de tratamiento inicial.
 - 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 y por Consumo de Sustancias cuando Su afección 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 transcraneal: un método no invasivo de administrar estimulación eléctrica al cerebro para el tratamiento de la depresión grave.

Los servicios de Síndrome Neuropsiquiátrico de Inicio Aguda Pediátrico (*Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome, PANS*) y Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado con Infecciones Estreptocócicas (*Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections, PANDAS*) están cubiertos cuando los receta u ordena el médico y cirujano tratante y son médicamente necesarios. El tratamiento incluirá antibióticos, medicamentos y terapias del comportamiento para controlar los síntomas neuropsiquiátricos, medicamentos inmunomoduladores, intercambio de plasma y terapia con inmunoglobulina intravenosa. Los servicios PANDAS/PANS no estarán sujetos a un copago, coseguro, deducible u otro costo compartido que sea mayor que el costo compartido que se aplica a los beneficios cubiertos por este Plan.

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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 Tribunal de Asistencia, llamado de Recuperación y Empoderamiento de la Comunidad (*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.

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 Médico de Cuidado Primario o un Médico 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.
- Si intentó seguir el plan de atención médica, consultó con su primer Médico o un Médico de referencia debido a inquietudes graves sobre el diagnóstico o plan de atención médica.

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 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 evidencias.
- La biorretroalimentación, a menos que el tratamiento sea Médicamente 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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.

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

- Una consulta con un Médico
- 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.

Atención Paliativa

La atención médica paliativa es la atención médica centrada en el paciente y la familia que mejora la calidad de vida al anticiparse, prevenir y tratar el sufrimiento. La atención médica paliativa no requiere que el miembro tenga una esperanza de vida de doce (12) meses o menos. La atención médica paliativa puede darse al mismo tiempo que la atención curativa. La atención médica paliativa incluye:

- Planificación anticipada de la atención médica
- Evaluación y consulta de atención médica paliativa
- Plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados
- Equipo del plan de atención que incluye, entre otros:
- Médico en medicina u osteopatía
- Asistente médico
- Enfermera registrada
- Enfermera vocacional con licencia o enfermera con práctica médica
- Trabajador social
- Capellán
- Coordinación de atención médica
- Control del dolor y de los síntomas
- Servicios de salud mental y servicios sociales médicos

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Los adultos a partir de los 21 años de edad no pueden recibir al mismo tiempo atención médica paliativa y para enfermos terminales. Si está recibiendo atención médica paliativa y cumple los requisitos para recibir atención médica para enfermos terminales, puede solicitar el cambio a atención médica para enfermos terminales en cualquier momento.

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 con Receta. 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
- 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 consultorio dental. Puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros de Liberty Dental llamando al 1-866-544-2981, de lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.

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 servicios de IEHP para poder 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. 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

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, estéticas 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 del armazón

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 de lentes para anteojos

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". Su proveedor de la red de servicios solicitará sus materiales a un fabricante de lentes de la red de servicios. Los pedidos de armazones y lentes que no se realicen con un proveedor de la red de servicios no están cubiertos.

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

Lentes de contacto Medicamente Necesarios

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

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

Se puede determinar que las lentes de contacto son Medicamente Necesarias en el tratamiento de las siguientes 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 Medicamente 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 Medicamente 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 (*phenylketonuria*, *PKU*) incluye las fórmulas y los productos alimenticios especiales que forman parte de una dieta recetada por un Médico y administrada por un profesional de la atención médica certificado, en consulta con un Médico especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas. La dieta debe considerarse Medicamento Necesario 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 Médico 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 Médico 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
- Cuidados posnatales
- Servicios de doula
- 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 Médico encargado, 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

IEHP tiene el compromiso de ayudar a las mujeres embarazadas y en el posparto a mantenerse saludables. El equipo de Salud Materna de IEHP presta servicios importantes, incluido el apoyo para la salud mental. Parte de su beneficio de salud materna cubierto incluye exámenes de detección de depresión durante el embarazo más otro adicional dentro de las primeras seis semanas de posparto, con la posibilidad de incluir más exámenes según sea clínicamente necesario. Esto nos ayuda a encontrar problemas de salud mental temprano para poder brindar atención y apoyo a tiempo.

Si actualmente está recibiendo atención por un problema de salud mental materna y su proveedor ya no está en la red de IEHP —o si es nueva en IEHP y anteriormente estaba recibiendo atención de un proveedor fuera de la red de IEHP—, Usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos durante un máximo de 12 meses después de su diagnóstico o después de que finalice su embarazo, lo que ocurra después.

Al centrarnos en la salud mental materna, ayudamos a garantizar embarazos más saludables, partos más seguros y familias más fuertes en nuestra comunidad. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-855-433-IEHP (4347).

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.

Servicios de Atención Preventiva

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

- Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF") con puntuación A y B (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>)

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

- Recomendaciones del Departamento de Salud Pública de California (*California Department of Public Health, CDPH*) (<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/publichealth4all/vaccines.aspx>)
- Directrices para la atención médica preventiva de bebés, niños, adolescentes y mujeres respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud ("HRSA") (www.hrsa.gov/womensguidelines/)

IEHP solo cubre los Servicios de Atención Preventiva cuando Usted los recibe de un proveedor de la red. El costo compartido de la visita al consultorio del proveedor no se aplicará cuando Usted reciba servicios de atención médica preventiva durante dicha visita.

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 los Estados Unidos ("*USPSTF*"). Esto incluye:
 - Evaluaciones periódicas de salud
 - Pruebas preventivas de audición y visión
 - Pruebas de presión arterial, diabetes y colesterol
 - Detección de cáncer, como el cáncer colorrectal, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de los senos y el cáncer de próstata
 - Detección y vacunación aprobada por la FDA para el virus del papiloma humano (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 de Inmunizaciones para Niños recomendado/Estados Unidos (aprobado por la Academia Americana de Pediatría, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización y la Academia Estadounidense de Médicos de Familia).
- Pruebas y cuidados preventivos basados en evidencia para bebés, niños y adolescentes, así como aparecen en las directrices integrales apoyadas por la HRSA. Incluye pruebas de detección del riesgo de exposición al plomo y los niveles de plomo en la 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).
- Equipo de pruebas en el hogar para detectar enfermedades de transmisión sexual (*STD*)
- Consultas para el bienestar de la mujer.
- 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en ieh.org.

- Los anticonceptivos con o sin receta aprobados por la FDA incluyen dispositivos anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia. Los dispositivos incluyen anillos anticonceptivos, tapas cervicales, condones y diafragmas masculinos y femeninos. Los anticonceptivos de venta sin receta médica no requieren receta en farmacias de la red.
- Prevención de la adquisición del VIH: Profilaxis previa a la exposición y profilaxis posterior a la exposición proporcionadas por un farmacéutico que ha completado con éxito la capacitación requerida en una farmacia dentro de la red o farmacia fuera de la red de acuerdo con las reglas fuera de la red.
 - Los medicamentos, servicios y pruebas relacionadas con la profilaxis antes de la exposición proporcionados por un farmacéutico estarán cubiertos si se cumplen todas las siguientes condiciones
 - Tiene el estado de VIH negativo, según lo documentado por una prueba de VIH negativa
 - No presenta signos ni síntomas de infección aguda por VIH
 - No toma ningún medicamento contraindicado
 - Se cubrirán los medicamentos, servicios y pruebas relacionadas con la profilaxis después de la exposición proporcionados por un farmacéutico

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 Médico) 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 Médico. 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. 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 Médico, un cirujano u otro Proveedor de Atención Médica de la red para diagnosticar o tratar una condición 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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
- 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en 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 Médico 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 Médico 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 más información sobre los beneficios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y la sección "Servicios de Asistencia Médica a Domicilio" para obtener más detalles sobre la cobertura de los servicios de rehabilitación en casa.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Segunda opinión de un Médico

Tiene derecho a solicitar una segunda opinión cuando:

- Su Médico de Cuidado Primario 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 Médico de Cuidado Primario o un Médico 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 Médico 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 y 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
- 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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. Se requiere Autorización Previa.

Telesalud o Servicios virtuales

Los Servicios Cubiertos para enfermedades y Trastornos de Salud Mental y por Consumo de Sustancias proporcionados debidamente como Servicios Virtuales o de Telesalud están cubiertos de la misma manera y en la misma medida que los Servicios Cubiertos prestados en persona.

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. 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 Estados Unidos, 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 de células madre
- Para servicios de tratamiento de complicaciones, el donante recibe servicios que no son de emergencia después de una 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 Médicamente 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 Médicamente 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.

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

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.

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.

Beneficios de Medicamentos Recetados

Los gastos de servicios y suministros de esta subsección de beneficios se limitan a los cargos de una farmacia autorizada por medicamentos, dispositivos y suministros recetados y de venta libre de la Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP o autorizados previamente por IEHP.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Lista de Medicamentos Cubiertos y niveles

IEHP utiliza una lista aprobada de medicamentos llamada Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulary*) para asegurarse de que los Medicamentos Recetados más apropiados, seguros y eficaces estén disponibles para Usted. Algunos medicamentos cubiertos tienen restricciones como la terapia escalonada (*Step Therapy, ST*), los límites de cantidad (*Quantity Limits, QL*), y/o requieren una Autorización Previa (*Prior Authorization, PA*).

La Lista de Medicamentos Cubiertos se actualiza y publica mensualmente. Los Medicamentos Genéricos aprobados por la FDA se utilizarán en la mayoría de las situaciones, incluso cuando se disponga de un medicamento de marca. IEHP cubre todos los medicamentos Medicamento Necesarios de la Lista de Medicamentos Cubiertos si su Médico u otro profesional que emita recetas médicas dice que Usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable, y usted surte la receta médica en una Farmacia de la Red de IEHP. Los medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos Cubiertos requieren que Su Médico u otro proveedor de la red obtenga la aprobación antes de que Usted surta la receta. Consulte la sección "Fármacos que no se encuentran 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, de Marca y especializados cubiertos por el beneficio de Medicamentos Recetados. IEHP proporcionará un aviso por escrito con sesenta (60) días de anticipación sobre cualquier cambio en la Lista de Medicamentos Cubiertos si el cambio lo afecta negativamente. El aviso incluirá la fecha en la que se verá afectado por el cambio. Algunos ejemplos de cambios en la Lista de Medicamentos Cubiertos que darán lugar a un aviso incluyen, entre otros:

- Un medicamento o forma de dosificación se mueve a un nivel de medicamentos más alto, lo cual da lugar a un aumento en los costos compartidos.
- Un medicamento o forma de dosificación se elimina de la Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Se agregan o cambian los requisitos o límites de cobertura de medicamentos para un medicamento.

Los cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos que pueden ocurrir sin previo aviso por escrito incluyen:

- Un medicamento se retira de la Lista de Medicamentos Cubiertos porque es retirado del mercado por el fabricante del medicamento o por la FDA.
- Se agrega un medicamento a la Lista de Medicamentos Cubiertos.
- Un medicamento se mueve a un nivel de medicamentos inferior.
- Se elimina un requisito o límite de cobertura de medicamentos de un medicamento.

Puede ver la Lista de Medicamentos Cubiertos en el sitio web de IEHP en <https://www.iehp.org/en/browse-plans/covered-california/prescription-drugs>. 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 con y sin receta

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- Suministros para personas diabéticas: Jeringas de insulina, jeringas para insulina, tiras reactivas de glucosa, lancetas, monitores continuos de glucosa y suministros relacionados
- Espaciadores y dispositivos extendedores para inhaladores
- Agujas y jeringas que no sean de insulina necesarias para autoadministrarse un medicamento cubierto cuando así se indica en una receta

¿Qué medicamentos están cubiertos?

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 Médicos 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 Médico del Plan determine que el artículo no es Medicamento Necesario:
 - Dentistas si el medicamento es para cuidados dentales cubiertos.
 - Médicos no contratados si IEHP autoriza una referencia por escrito al médico no contratado y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de dicha referencia.
 - Médicos 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".

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.

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 Médico 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Nivel 2: Medicamentos Genéricos no preferidos, Medicamentos de Marca preferidos o medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (*Pharmacy & Therapeutics, P&T*) en función de la seguridad, la eficacia y el costo del medicamento.

Nivel 3: Medicamentos de marca no preferidos; medicamentos recomendados por el Comité de Farmacia y Terapéutica 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 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 (después de reembolsos) superior a \$600 por un suministro para 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, a Usted 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. Para Medicamentos Recetados cubiertos para pacientes ambulatorios, un Copago o Coseguro porcentual no excederá el 50 por ciento del costo para IEHP. Si un Medicamento de Marca tiene un equivalente genérico, Usted estará sujeto al costo compartido más bajo que se aplicaría, ya sea que tanto el equivalente genérico como el Medicamento de Marca estén o no en la Lista de Medicamentos Cubiertos.

- Usted pagará el monto menor de lo siguiente:
 - El Copago o Coseguro del beneficio de farmacia descrito antes; o
 - El precio de venta al menudeo de la farmacia; o
 - 50 por ciento del costo del Medicamento Recetado de IEHP; o
 - \$250 por un suministro de hasta 30 días de medicamentos oncológicos orales; o
 - \$35 por un suministro de 30 días de insulina del Nivel 1 o Nivel 2.

Generalmente, un producto biosimilar o un producto biosimilar intercambiable funciona igual que el producto biológico original. Los productos biosimilares pueden estar disponibles a un costo menor que el producto biológico original. El menor costo no es un reflejo de la efectividad o seguridad del producto biosimilar. Puede haber casos en los que sea necesario probar un producto biosimilar o un producto biosimilar intercambiable antes de recibir el producto biológico original. Sin embargo, si el Médico que prescribe el medicamento presenta una solicitud de Autorización Previa y explica la razón médica para requerir el producto biológico original, entonces IEHP cubrirá el producto biológico original. Consulte la sección “Autorización Previa” de “Beneficios de Medicamentos Recetados”.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos incluyen:

- 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
- Medicamentos sin receta con una clasificación A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF")
- Medicamentos y dispositivos anticonceptivos, incluidos los siguientes:
 - Diafragmas
 - Cubiertas cervicales
 - Anillos anticonceptivos
 - Parches anticonceptivos
 - Anticonceptivos orales
 - Anticonceptivos de emergencia
 - Productos anticonceptivos de venta libre
- Dispositivos desechables que sean Medicamento Necesarios para la administración de un Medicamento Recetado cubierto para pacientes ambulatorios, como agujas, jeringas y espaciadores para inhaladores
- Los medicamentos inyectables administrados en el entorno de infusión en el domicilio están cubiertos por el Beneficio de Medicamentos Recetados.
- Al menos un Tratamiento Asistido por Medicamentos (*Medication-Assisted Treatment, MAT*) para un Trastorno por Consumo de Sustancias en cada una de las siguientes categorías sin autorización previa, terapia escalonada o revisión de la utilización:
 - Medicamentos para revertir la sobredosis de opioides, incluyendo un producto de naloxona u otro antagonista opioide.
 - Medicamentos para el tratamiento de desintoxicación o mantenimiento de un trastorno por abuso de sustancias, incluido un producto diario de buprenorfina oral.
 - Un producto de buprenorfina de acción prolongada.
 - Un producto de naltrexona inyectable de acción prolongada.
- Medicamentos para la profilaxis de la infección por VIH.
- Mifepristona (de marca o genérica) para su uso en un aborto.

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 Médicos 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 "Fármacos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Cubiertos" más adelante.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

El Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) establece y actualiza la Lista de Medicamentos Cubiertos. Este comité está formado por Médicos y farmacéuticos responsables de evaluar los medicamentos en cuanto a su seguridad relativa, eficacia, beneficio para la salud basado en evidencias 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 medicamentos se apliquen según lo previsto y que los miembros del plan reciban la terapia de medicamentos más adecuada, segura y rentable. 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 Médico tendrá que presentar el Formulario de Solicitud de Autorización Previa de Medicamentos Recetados (*Prescription Drug Prior Authorization*) o el Formulario de Excepción a la Terapia Escalonada (*Step Therapy Exception Request Form*), Formulario 61-211 para solicitar una autorización previa. La solicitud de Autorización Previa de su Médico 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 los establece el Comité de Farmacia y Terapéutica. Su médico puede ponerse en contacto con nosotros para recibir esta política. 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 comienza a ser válida de inmediato. Usted puede obtener una lista de medicamentos que requieren Autorización Previa. Visite el sitio web de IEHP en iehp.org o llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711).

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 autorización previa (PA).

Fármacos que no se encuentran en la Lista de Medicamentos Cubiertos

A veces, los Médicos pueden recetar un medicamento que no aparece en la Lista de Medicamentos Cubiertos. Esto requerirá que el Médico obtenga la autorización de IEHP antes de que Usted surta la receta. Para decidir si se cubrirá el medicamento que no está en la Lista de Medicamentos Cubiertos, IEHP puede pedirle al médico una "declaración justificante", que explique por qué el medicamento que Usted solicita es Medicamento Necesario. IEHP responderá al Médico o al farmacéutico en un plazo de 24 horas para las solicitudes de circunstancias urgentes o de 72 horas para las solicitudes estándar después de obtener la Información Médica solicitada. Existen circunstancias apremiantes/urgentes cuando una afección médica puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima, o cuando se está sometido a un plan de 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 Médico u otros profesionales que recetan medicamentos tendrán que llevar a

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

cabo alguna acción antes de que Usted pueda surtir la receta. Por ejemplo, para algunos medicamentos, su médico u otro profesional que emita la receta médica debe obtener una aprobación de IEHP antes de que Usted pueda surtir su medicamento. 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 Usted puede obtener con receta o limitar el número de veces que Usted puede volver a surtir algunos medicamentos. Si Su Médico u otro profesional que recete medicamentos, considera que la cantidad limitada no es suficiente para Su condición 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 Médico 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 enfermedad con medicamentos considerados de primera línea de tratamiento o que son más económicos, para luego pasar a medicamentos que son la siguiente línea en el tratamiento o que pueden ser menos accesibles. Los requisitos de la terapia escalonada se basan según las recomendaciones por parte de la FDA acerca del uso de 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 la terapia escalonada para una receta y su médico o proveedor de atención médica considera que el medicamento es médicamente 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 de Solicitud de Autorización Previa de Medicamentos Recetados (*Prescription Drug Prior Authorization*) o el Formulario de Excepción a la Terapia Escalonada (*Step Therapy Exception Request Form*), el Formulario 61-211 está disponible en el sitio web de IEHP en iehp.org. Una solicitud de Autorización Previa se basa en circunstancias apremiantes cuando un Miembro padece una afección médica que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del Miembro para recuperar la función máxima. Las solicitudes apremiantes 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 Médicos son procesadas, y los profesionales que recetan son notificados de la determinación de IEHP de manera oportuna, sin exceder las 72 horas. Tanto para

circunstancias apremiantes como para solicitudes rutinarias, IEHP también debe notificar su decisión al Miembro o a la persona que designe.

Si a Usted se le deniega la Autorización Previa, por favor, consulte la parte de "Quejas formales, Apelaciones, Revisión Médica Independiente y Arbitraje" 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.

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 médicamente 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 Médico 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.

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 Estados Unidos 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.

Medicamentos anticonceptivos de emergencia

Puede obtener los anticonceptivos de emergencia con Su Médico o en la farmacia con una receta de Su Médico 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 Médica de Emergencia de Médicos, Hospitales, farmacias u otros profesionales de la salud, estén o no contratados por IEHP.

Medicamentos orales contra el cáncer

El costo compartido del Miembro por los medicamentos orales contra el cáncer cubiertos por el Plan no excederá los \$250 por una receta médica individual de un suministro hasta para treinta

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

(30) días y se proporcionará de acuerdo con el estándar de atención apropiado para ese medicamento.

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 lo receta 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 es reconocido por los Centros Federales para 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 de la 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 los 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 importante revisada por expertos; 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. "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 a través de ningún fabricante farmacéutico en la presentación, 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 Tarjeta de 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 “Farmacia especializada”). Si obtiene 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 situación de Emergencia o de Cuidado de Urgencia.

Visite 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. IEHP cubre anticonceptivos recetados aprobados por la FDA o anticonceptivos de venta libre con un Copago de \$0. Consulte la sección “Medicamentos preventivos y anticonceptivos” en Beneficios de Medicamentos Recetados para obtener más información.

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 utilización en exceso de los medicamentos de abuso frecuente, manteniendo al mismo tiempo el acceso a dichos medicamentos, que son Medicamento 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 Atención Médica de Emergencia, a un suministro de 100 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 ningún medicamento dispensado en una farmacia minorista no perteneciente al programa, incluso si la farmacia minorista es una farmacia participante.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 emite la receta médica y a la farmacia designada. El aviso incluirá detalles sobre la duración de la inscripción y la farmacia a la que está asociado el Miembro. El Miembro puede apelar una determinación del programa. Consulte la sección "Quejas formales, Apelaciones, Revisión Médica Independiente y Arbitraje" del EOC para obtener más detalles.

Obtención de Medicamentos Recetados para pacientes ambulatorios en una farmacia participante en una emergencia

Cuando recibe medicamentos de una farmacia no participante para una situación de Emergencia o de Cuidado de Urgencia, debe pagar la receta en su totalidad y luego presentar un formulario de reclamo para obtener un reembolso. 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.

Pedidos por correo

Puede surtir una receta médica a través de nuestro conveniente programa de entrega por correo.

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.
- La Orden de Medicamento Recetado original (no una copia), para un suministro de hasta 100 días calendario consecutivos de un Medicamento de Mantenimiento, que es una receta que se toma de manera continua para manejar afecciones crónicas o de largo plazo en las que el Miembro responde de manera positiva a un plan de tratamiento con medicamentos requerido en una dosis constante. Su proveedor también puede recetar medicamentos por vía electrónica a la farmacia.
- 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. El administrador del pedido por correo solo puede dispensar hasta un suministro para 100 días del calendario consecutivos de un Medicamento de Mantenimiento cubierto y de cada reabastecimiento permitido por dicho pedido. Después de que Usted cubra 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

(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.

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 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.

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 prorrateará 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 y limitaciones

El Plan no cubre los servicios o suministros que se indican a continuación cuando están excluidos de la cobertura o exceden las limitaciones descritas en la Evidencia de Cobertura (EOC).

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican a los servicios básicos de atención médica Medicamento Necesarios cuya cobertura sea obligatoria conforme a las leyes de California o federales, incluidos, entre otros, los tratamientos Medicamento Necesarios para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias, así como los servicios preventivos cuya cobertura sea obligatoria conforme a las leyes de California o federales.

Estas exclusiones y limitaciones no se aplican cuando los servicios están cubiertos por el Plan o cuando la ley exige su cobertura.

Exclusiones y Limitaciones generales

Servicios de Acupuntura

Este plan no cubre servicios de acupuntura, excepto según se describe en esta EOC en la sección "Acupuntura", según lo exigido por la ley.

Servicios quiroprácticos

Este plan no cubre los servicios quiroprácticos, excepto cuando lo exija la ley.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

Ensayos clínicos

Este Plan no cubre los ensayos clínicos, excepto los Ensayos Clínicos Aprobados, según se describen en la sección "Ensayos clínicos" de esta EOC, o cuando lo exija la ley.

La cobertura de los Ensayos Clínicos Aprobados no incluye lo siguiente:

- El medicamento, artículo o servicio en investigación en sí.
- Los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilizan en la atención clínica directa del Miembro.
- Los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios específicamente excluidos de la cobertura en esta EOC, excepto los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios cuya cobertura sea obligatoria conforme a las leyes estatales y federales.
- Los medicamentos, artículos, dispositivos y servicios que normalmente se proporcionan de forma gratuita a un participante de un ensayo clínico por parte del patrocinador de la investigación.

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica los derechos de un Miembro al proceso de revisión independiente de Servicios Experimentales o Servicios en Investigación, según se describe en la sección "Ensayos clínicos" de esta EOC, ni a la Revisión Médica Independiente (IMR) del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC), según se describe en la sección "Ensayos clínicos" de esta EOC.

Servicios, suministros o cirugías estéticas

Este Plan no cubre servicios, suministros o cirugías estéticas que retrasen o reviertan los efectos del envejecimiento, o que alteren o remodelen estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia en lugar de la función, excepto según se describe en la sección "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" de esta EOC o cuando lo exija la ley. El Plan no cubre ningún servicio, suministro o cirugía para promover, prevenir o tratar de otro modo la pérdida o el crecimiento del cabello, excepto según se describe en la sección "Medicamentos recetados/ Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios" de esta EOC o cuando lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a lo siguiente:

- Tratamiento Medicamento Necesario de complicaciones derivadas de una cirugía estética, como infecciones o hemorragias.
- Cirugía reconstructiva según se describe en la sección "Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados" de esta EOC.
- En el caso de la disforia de género, cirugía reconstructiva de las características sexuales primarias y secundarias para mejorar su función o lograr una apariencia normal en la medida de lo posible, acorde con el género con el que se identifica el Miembro, de conformidad con el estándar de atención aplicado por médicos especializados en cirugía reconstructiva que sean competentes para evaluar las cuestiones clínicas específicas relacionadas con la atención solicitada, según se describe en la sección "Servicios para afirmación de género" de esta EOC.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpa.org.

Cuidado de custodia o a domicilio

Este Plan no cubre el cuidado de custodia, que consiste en asistencia con las actividades de la vida diaria, lo que incluye, entre otras, ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar y administrar dietas especiales, y supervisar medicamentos que normalmente se administran por cuenta propia, ni los cuidados domiciliarios, que consisten en un régimen de vida supervisado en un entorno similar al de un hogar para adultos que no pueden vivir solos debido a deficiencias relacionadas con la edad o discapacidades físicas, mentales o visuales, excepto según se describe en la sección "Servicios de asistencia médica a domicilio" de esta EOC o cuando lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica a la ayuda con lo siguiente:

- Asistencia con las actividades de la vida diaria que requiera los servicios habituales de profesionales médicos o de la salud capacitados, o que sea proporcionada habitualmente por estos profesionales.
- Asistencia con las actividades de la vida diaria que se preste como parte de servicios de hospicio cubiertos, servicios de centros de enfermería especializada, atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o servicios prestados en un centro de atención médica, incluidos los servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias.

Suplementos dietéticos o nutricionales

Este Plan no cubre suplementos dietéticos o nutricionales, excepto según se describe en esta EOC en "Terapia médica nutricional" o cuando lo exija la ley.

Suministros desechables para uso doméstico

Este Plan no cubre suministros desechables para uso doméstico, como vendas, gasas, vendajes, antisépticos, apósitos, pañales, y suministros para la incontinencia, excepto cuando lo exija la ley.

Servicios experimentales o servicios en investigación

Este Plan no cubre los Servicios Experimentales o Servicios en Investigación, excepto según se describe en esta EOC en "Revisión médica independiente para denegaciones de terapias experimentales o de investigación" o cuando lo exija la ley.

Servicios Experimentales significa medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una fase de prueba y están siendo sometidos a estudios de laboratorio o en animales antes de ser probados en seres humanos. Los Servicios Experimentales no están siendo sometidos a una investigación clínica.

Servicios en Investigación significa aquellos medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los cuales se han completado los estudios de laboratorio o en animales y se están realizando estudios en seres humanos, pero:

- (1) Las pruebas no se han completado; y

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- (2) La eficacia y seguridad de dichos servicios en seres humanos aún no se han establecido; y
- (3) El servicio no tiene un uso generalizado.

La determinación de que un servicio es un Servicio Experimental o un Servicio en Investigación se basa en:

- (1) La consulta de las reglamentaciones federales pertinentes, como las contenidas en el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Capítulo IV (Administración de Financiamiento de la Atención Médica), y el Título 21 del Código de Reglamentos Federales, Capítulo I (Administración de Alimentos y Medicamentos).
- (2) La consulta con organizaciones de proveedores y especialistas académicos y profesionales pertinentes al servicio específico.
- (3) La consulta de la literatura médica actual.

Sin embargo, si el Plan deniega o retrasa la cobertura del servicio que usted solicitó basándose en que es un Servicio Experimental o un Servicio en Investigación y usted cumple con todos los requisitos que se indican a continuación, el Plan debe proporcionar una revisión externa independiente.

Requisitos

1. Debe tener una afección Potencialmente Mortal o Gravemente Debilitante.
2. Su Proveedor de Atención Médica debe certificar al Plan que usted tiene una afección Potencialmente Mortal o Gravemente Debilitante para la cual los tratamientos estándar no han sido eficaces para mejorar su afección, son médicamente inapropiados por algún otro motivo, o no existe otro tratamiento estándar más beneficioso cubierto por el Plan.
3. Debe cumplirse una de las siguientes condiciones: (a) su Proveedor de Atención Médica, que tiene un contrato con el Plan o es empleado del Plan, ha recomendado un medicamento, dispositivo, procedimiento u otro tratamiento que el Proveedor de Atención Médica certifique por escrito que probablemente será más beneficioso para usted que cualquiera de los tratamientos estándar disponibles; o (b) usted o su Proveedor de Atención Médica, que es un médico con licencia, certificado por una junta médica o elegible para obtener dicha certificación y está calificado para ejercer en el área de especialidad correspondiente al tratamiento de su afección, ha solicitado un tratamiento que, según dos documentos de evidencia médica y científica aceptable, probablemente será más beneficioso para usted que cualquier tratamiento estándar disponible.
4. El Plan le ha denegado la cobertura del servicio recomendado o solicitado.
5. Si no fuera porque el Plan determinó que el servicio recomendado o solicitado es un Servicio Experimental o un Servicio en Investigación, dicho servicio estaría cubierto.

Proceso de revisión externa independiente

Si el Plan deniega la cobertura del tratamiento recomendado o solicitado y usted cumple con todos los requisitos, el Plan le notificará dentro de los cinco días hábiles de su decisión y de su derecho a solicitar una revisión externa de la decisión del Plan. Si su Proveedor de Atención

Médica determina que el servicio propuesto sería significativamente menos eficaz si no se inicia de inmediato, usted puede solicitar una revisión acelerada y los expertos del panel de revisión externa emitirán una decisión dentro de los siete días posteriores a su solicitud. Si el panel de revisión externa recomienda que el Plan cubra el servicio recomendado o solicitado, la cobertura de los servicios estará sujeta a los términos y condiciones que se aplican generalmente a otros beneficios a los que usted tiene derecho.

Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC

Esta exclusión no limita, prohíbe ni modifica el derecho de un Miembro a solicitar una IMR del DMHC, según se describe en esta EOC en "Revisión Médica Independiente". En ciertas circunstancias, no es necesario que participe en el proceso de quejas o apelaciones del Plan antes de solicitar una IMR por la denegación de Servicios Experimentales o Servicios en Investigación. En estos casos, puede comunicarse de inmediato con el DMHC para solicitar una IMR de esta denegación.

Audífonos

Este Plan no cubre los audífonos, excepto cuando lo exija la ley.

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

Vacunas

Este Plan no cubre las vacunas que no sean Médicamente Necesarias ni preventivas y que se administren exclusivamente para viajes al extranjero o con fines laborales, excepto según se describe en esta EOC en "Vacunas e inyecciones".

Proveedores sin licencia o sin certificación

Este Plan no cubre los tratamientos o servicios proporcionados por un Proveedor de Atención Médica sin licencia o sin certificación, excepto cuando lo exija la ley.

Esta exclusión no se aplica al tratamiento Médicamente Necesario de un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias que sea proporcionado o administrado por un Proveedor de Atención Médica, o bajo su dirección, que actúe dentro del ámbito de práctica autorizado por su licencia o certificación conforme a las leyes estatales aplicables.

Artículos personales o de confort

Este Plan no cubre los artículos personales o de confort, como servicios de internet, teléfonos, artículos de higiene personal, servicios de entrega de alimentos o servicios para ayudar con el cuidado personal, excepto cuando lo exija la ley.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

Medicamentos recetados/Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Este Plan no cubre los siguientes medicamentos recetados, excepto según se describe en esta EOC en "Beneficios de Medicamentos Recetados".

- Cuando se receten para servicios estéticos. Para los fines de esta exclusión, "estético" significa medicamentos recetados exclusivamente con el propósito de alterar o afectar la estructura normal del cuerpo para mejorar la apariencia en lugar de la función.
- Cuando se receten exclusivamente para el tratamiento de la pérdida del cabello, la disfunción sexual, el rendimiento deportivo, fines estéticos, el antienvjecimiento con fines estéticos y el rendimiento mental. La exclusión no se aplica a los medicamentos para mejorar el rendimiento mental cuando sean Medicamento Necesarios para tratar una enfermedad mental diagnosticada o afecciones médicas que afecten la memoria, incluidos, entre otros, el tratamiento de las afecciones o síntomas de la demencia o la enfermedad de Alzheimer.
- Cuando se receten exclusivamente con el propósito de perder peso, excepto cuando sean Medicamento Necesarios para el tratamiento de la obesidad [de clase III]. Puede requerirse la participación en un programa integral de pérdida de peso, si está cubierto por el Plan, durante un período razonable antes de recibir el Medicamento Recetado o de manera simultánea.
- Cuando se receten exclusivamente con el propósito de acortar la duración del resfriado común.
- Medicamentos Recetados disponibles sin receta o para los cuales existe un equivalente de venta libre (con el mismo ingrediente activo, concentración y forma farmacéutica que el Medicamento Recetado). Esta exclusión no se aplica a:
 - La insulina.
 - Los medicamentos de venta libre cubiertos como servicios preventivos, por ejemplo, los anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA.
 - Los medicamentos de venta libre para revertir una sobredosis de opioides.
 - Una clase completa de Medicamentos Recetados cuando uno de los medicamentos de esa clase pasa a estar disponible sin receta.
- Reemplazo de medicamentos perdidos o robados.
- Medicamentos recetados por un proveedor que no tenga contrato con el Plan para procedimientos no cubiertos y que no hayan sido autorizados por un plan o un proveedor del Plan, excepto cuando la cobertura sea exigida de otro modo en el contexto de Servicios y Atención de Emergencia.

Servicios privados de enfermería

Este Plan no cubre los servicios privados de enfermería a domicilio , en un hospital o en un centro médico de atención a largo plazo, excepto cuando lo exija la ley.

Reversión de la esterilización voluntaria

Este Plan no cubre la reversión de la esterilización voluntaria, excepto el tratamiento Médico Necesario de complicaciones médicas o cuando lo exija la ley.

Examen físico de rutina

Este Plan no cubre los exámenes físicos realizados exclusivamente con fines de viaje, seguros, obtención de licencias, empleo, estudios, campamentos, exámenes ordenados por un tribunal, exámenes previos a la participación en programas deportivos u otros fines no preventivos, excepto cuando lo exija la ley.

Embarazo subrogado

Este Plan no cubre pruebas, servicios ni suministros para una persona que no esté cubierta por este Plan en relación con un embarazo subrogado, excepto cuando lo exija la ley.

Terapias

Este Plan no cubre las siguientes terapias físicas y ocupacionales, excepto cuando lo exija la ley:

- Terapia de masajes, a menos que sea un componente de un plan de tratamiento;
- Formación o terapia para el tratamiento de problemas de aprendizaje o de comportamiento;
- Entrenamiento o terapia de habilidades sociales; y
- Terapia vocacional, educativa, recreativa, artística, de danza, musical o de lectura.

Viajes y alojamiento

Este Plan no cubre el transporte, el kilometraje, el alojamiento, las comidas ni otros gastos de viaje relacionados con el Miembro, excepto el transporte en ambulancia autorizada o el transporte psiquiátrico, según se describe en esta EOC en "Ambulancia y transporte médico que no sea de emergencia", o cuando lo exija la ley.

Programas de control de peso y programas de ejercicio

Este Plan no cubre los programas de control de peso ni los programas de ejercicio, excepto cuando lo exija la ley.

Exclusiones y limitaciones dentales

Servicios dentales para adultos

Este Plan no cubre servicios ni suministros dentales para Miembros de 19 años o más, excepto según se describe en esta EOC en "Servicios dentales" o cuando lo exija la ley.

Servicios dentales pediátricos

Este Plan no cubre servicios ni suministros dentales para Miembros de hasta 19 años, excepto según se describe en esta EOC en "Servicios dentales pediátricos" o cuando lo exija la ley. Las exclusiones y limitaciones correspondientes a los servicios dentales pediátricos cubiertos se establecen en la EOC del Plan Dental Pediátrico de Liberty Dental.

Exclusiones y limitaciones de la vista

Servicios de la vista para adultos

Este Plan no cubre servicios de la vista para Miembros de 19 años o más, excepto según se describe en esta EOC en "Vista y audición" o cuando lo exija la ley.

Servicios pediátricos de la vista

Este Plan no cubre los siguientes servicios de la vista para Miembros de hasta 19 años, excepto según se describe en esta EOC en "Servicios pediátricos de la vista" o cuando lo exija la ley. Las exclusiones y limitaciones correspondientes a los servicios pediátricos de la vista cubiertos se establecen en la Tabla de Beneficios de "Servicios pediátricos de la vista".

Las exclusiones y limitaciones del Plan correspondientes a los servicios pediátricos de la vista cubiertos también se detallan en la Tabla de beneficios de IEHP.

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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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, y sus enmiendas, 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.

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.

No discriminación

No se denegará la inscripción ni se cancelará la cobertura a ninguna persona que sea elegible y aceptada para la inscripción 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 inscripción 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Derechos y responsabilidades de los Miembros

Como Miembro, Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre sus derechos y responsabilidades.
- Recibir información sobre su Plan, los servicios que ofrece su Plan y los Proveedores de Atención Médica disponibles para su cuidado.
- Hacer recomendaciones sobre la política del Plan en materia de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir información sobre todos los servicios de atención médica disponibles para usted, incluida una explicación clara de cómo obtenerlos y de si el Plan puede imponer ciertas limitaciones a dichos servicios.
- Conocer los gastos de su atención médica y saber si ya ha alcanzado su deducible o el máximo de gastos de bolsillo.
- Elegir un Proveedor de Atención Médica de la red de su Plan y cambiar a otro médico de la red de su Plan si no está satisfecho.
- Recibir atención médica de manera oportuna y con acceso geográfico adecuado.
- Tener una cita oportuna con un Proveedor de Atención Médica de la red de su Plan, incluida una cita con un especialista.
- Tener una cita con un Proveedor de Atención Médica fuera de la red de su Plan cuando este no pueda brindarle acceso oportuno a la atención con un Proveedor de Atención Médica de la red.
- Recibir ciertas adaptaciones debido a su discapacidad, entre ellas:
 - Acceso equitativo a los servicios médicos, lo que incluye salas de examen y equipos médicos accesibles en el consultorio o centro de un Proveedor de Atención Médica.
 - Acceso pleno y equitativo, al igual que los demás miembros del público, a las instalaciones médicas.
 - Tiempo adicional para las consultas si lo necesita.
 - Llevar consigo a su animal de servicio a las salas de examen.
- Adquirir un seguro médico o determinar su elegibilidad para Medi-Cal a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, Covered California.
- Recibir atención considerada y cortés, y ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir atención culturalmente competente, lo que incluye, entre otros:
 - Atención médica inclusiva para personas trans, que incluye todos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o afecciones intersexuales.
 - Ser tratado por el nombre y los pronombres de su preferencia.
- Recibir de su Proveedor de Atención Médica, cuando lo solicite, toda la información adecuada sobre su problema o afección de salud, el plan de tratamiento y cualquier alternativa de tratamiento adecuada o Médicamente Necesaria que se proponga. Esta información incluye los resultados esperados disponibles, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio, para que pueda tomar una decisión informada antes de recibir el tratamiento.
- Participar con sus Proveedores de Atención Médica en la toma de decisiones sobre su atención médica, incluido otorgar su consentimiento informado al recibir tratamiento. En la medida en que lo permita la ley, también tiene derecho a rechazar el tratamiento.
- Analizar las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente Necesarias para su afección, independientemente del costo o de la cobertura del beneficio.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehnp.org.

- Recibir cobertura de atención médica incluso si tiene una afección preexistente.
- Recibir tratamiento Medicamento Necesario para un Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias.
- Recibir determinados servicios de atención médica preventiva, incluso muchos de ellos sin copago, coseguro ni deducible.
- No estar sujeto a límites anuales o de por vida en dólares para los servicios básicos de atención médica.
- Mantener a sus dependientes elegibles en su Plan.
- Recibir una notificación sobre un aumento irrazonable de la tarifa o un cambio, según corresponda.
- Estar protegido contra la facturación de saldos ilegal por parte de un Proveedor de Atención Médica.
- Solicitar a su Plan una segunda opinión de un Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado.
- Esperar que su Plan mantenga la privacidad de su información médica personal de conformidad con sus políticas de privacidad y las leyes estatales y federales.
- Solicitar a la mayoría de los Proveedores de Atención Médica información sobre quiénes han recibido su información médica personal.
- Solicitar a su Plan o a su médico que se comunique con usted únicamente de determinadas maneras o en determinados lugares.
- Tener protegida su información médica relacionada con servicios sensibles.
- Obtener una copia de sus registros y agregar sus propias notas. Puede solicitar a su médico o plan de servicios médicos que modifique la información sobre usted en sus registros médicos si no es correcta o está incompleta. Su médico o plan de servicios médicos puede denegar su solicitud. Si esto sucede, puede agregar una declaración a su expediente en la que explique la información.
- Contar con un intérprete que hable su idioma en todos los puntos de contacto cuando reciba servicios de atención médica.
- Contar con un intérprete sin costo para usted.
- Recibir materiales escritos en el idioma de su preferencia cuando la ley lo exija.
- Recibir información de salud en un formato accesible si es ciego, sordo o tiene baja visión.
- Solicitar la continuidad de la atención si su Proveedor de Atención Médica o grupo médico deja de formar parte de su Plan o si usted es un nuevo Miembro del Plan.
- Tener Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica.
- Recibir información completa sobre el procedimiento de quejas de su Plan y comprender cómo utilizarlo sin temor a que se interrumpa su atención médica.
- Presentar una queja, queja formal o apelación en el idioma de su preferencia sobre:
 - Su Plan o Proveedor de Atención Médica.
 - Cualquier atención que reciba o el acceso a la atención que solicite.
 - Cualquier decisión de su Plan sobre un servicio o beneficio cubierto.
 - Cualquier cargo o factura indebidos por atención médica.
 - Cualquier alegación de discriminación por motivos de identidad o expresión de género, o por denegaciones, demoras o modificaciones indebidas de la atención médica inclusiva

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

para personas trans, incluidos los servicios Médicamente Necesarios para tratar la disforia de género o afecciones intersexuales.

•El incumplimiento de sus necesidades lingüísticas.

- Saber por qué su Plan deniega un servicio o tratamiento.
- Comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada si tiene dificultades para acceder a los servicios de atención médica o tiene preguntas sobre su Plan.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) si su Plan ha denegado, modificado o retrasado un servicio de atención médica.

Como Miembro del Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Tratar a todos los Proveedores de Atención Médica, al personal de los Proveedores de Atención Médica y al personal del Plan con respeto y dignidad.
- Compartir, en la medida de lo posible, la información necesaria con su Plan y sus Proveedores de Atención Médica para ayudarle a recibir la atención adecuada.
- Participar en el establecimiento de objetivos de tratamiento acordados mutuamente con sus Proveedores de Atención Médica y seguir los planes e instrucciones de tratamiento en la medida de lo posible.
- En la medida de lo posible, asistir a todas las citas programadas y llamar a su Proveedor de Atención Médica si es posible que llegue tarde o necesita cancelar una cita.
- Abstenerse de presentar reclamaciones o información falsas, fraudulentas o engañosas a su Plan o a sus Proveedores de Atención Médica.
- Notificar a su Plan si hay algún cambio en su nombre, dirección o en los familiares cubiertos por su Plan.
- Pagar oportunamente las primas, los copagos y los cargos por los servicios no cubiertos.

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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en ieh.org.

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 siguientes al aviso de terminación o después 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
- 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. Puede:

- Llamar a IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Proporcione Su número de identificación de Miembro, Su nombre y el motivo de Su queja.
- Llamar a IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., y 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
- En línea en el sitio web de IEHP en iehp.org

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

El consultorio de su médico también tendrá disponibles formularios de queja. También puede obtener formularios de queja en línea: visite el sitio web de IEHP en iehp.org.

Los Miembros también pueden llamar gratuitamente al Departamento de Administración de Servicios Médicos de California (DMHC) al 1-888-466-2219.

IEHP puede ayudarle a completar 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 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 (*Department of Managed Health Care, "DMHC"*) y pedirles que revisen Su queja o que realicen una Revisión Médica Independiente. Puede llamar al DMHC al 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o 711) o visitar la página web del DMHC para obtener más información: <https://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 intenso
- 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 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 decisión 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 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 Médico dice que Usted necesita un servicio de atención médica porque es Médicamente Necesario, y se lo deniegan; o bien
- Recibió servicios de emergencia o urgentes considerados necesarios y le fueron denegados; o
- Ha acudido a un Médico 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 total o parcialmente con base en una decisión de que el servicio de atención médica no es Médicamente 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 Médicamente Necesaria. Recibirá una copia de la decisión de la IMR del DMHC. Si se decide que el servicio es Médicamente 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.

- 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.

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 que ejerza ningún derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para Usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto 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 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 también 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. El sitio web del Departamento, www.dmhc.ca.gov, ofrece formularios de queja, formularios de solicitud 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 sordo o con déficit auditivo, puede utilizar los números gratuitos TTY que aparecen en el apartado "Cómo presentar una queja formal". Con Su consentimiento por escrito, su Médico 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

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 los Estados Unidos (*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 a Bajo Precio. 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 la ley aplicable. 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 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 realización de 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 las 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

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 interrumpe repetidamente las operaciones del PCP o de IEHP hasta el punto de que las operaciones normales del consultorio del Médico o de IEHP se ven 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 American Medical Association (*American Medical Association, "AMA"*). Para obtener más información sobre el código de ética de la AMA, consulte el sitio web de la American Medical Association en <http://www.ama-assn.org>. De acuerdo con el código de ética, el Médico le proporcionará un aviso antes de suspender 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehps.org.

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.

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.

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 que tenga alguna relación con Sus lesiones y describir cómo se produjeron las lesiones;
- Completar cualquier documentación que IEHP o los proveedores médicos puedan razonablemente requerir para ayudar a hacer cumplir el gravamen;

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 que se le deba 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 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 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.

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 de Médicos, Médico, Hospital u otro Proveedor de Atención Médica.

Todas las partes son contratistas independientes y se contratan entre sí para proporcionar a Usted 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 Médico-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 que tienen un contrato con IEHP. Usted puede ser responsable del 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 establecimiento 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Responsabilidad debido a 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 o 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 ("VA") por atención médica relacionada o no con el servicio.

Disposiciones diversas

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 lo siguiente:

- Asistir a las reuniones de la Junta Directiva
- Hacer comentarios públicos en la reunión de la Junta Directiva

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 queja (por ejemplo, para Atención de Emergencia o de Urgencia de un proveedor que no es IEHP), debe hacerlo en un plazo de un (1) año a partir de la fecha en que recibe 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 arriba de los costos compartidos, si pagó 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 4409
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

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 509098
San Diego, CA 92150-9108 o
al FAX: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

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 para obtener formularios de reclamación de Medicamentos Recetados.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 Claims Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

Para recibir el reembolso de los servicios dentales pediátricos de emergencia, debe notificar a los Servicios para Miembros de IEHP dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la recepción de dichos servicios. Si su condición física no permite dicha notificación, debe realizarla lo antes 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 1-866-544-2981, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

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 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 las 24 horas al día, los siete días a la semana. Todas las llamadas son estrictamente confidenciales.

Interrupción de los cuidados

Ciertas circunstancias fuera del control de IEHP pueden interrumpir la atención; 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 del personal significativo del Grupo de Médicos o un evento similar.

Si las circunstancias que están fuera del control de IEHP resultan en que Usted no pueda obtener los Servicios Cubiertos Medicamente Necesarios o los suministros de este Plan, IEHP hará un esfuerzo de buena fe por proporcionar o hacer los arreglos necesarios para proporcionarle esos servicios o suministros dentro de la disponibilidad restante de sus instalaciones o personal. En caso de emergencia, acuda al Médico o al Hospital más cercano. Consulte "Atención médica de emergencia y Cuidado de urgencia" en la sección "Introducción a IEHP".

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Transferencia de expedientes médicos

Un Proveedor de Atención Médica puede cobrar una tarifa razonable por los gastos de preparación, copia, envío o entrega para 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 expedientes estén disponibles. Puede haber costos adicionales por copias de radiografías u otros materiales de diagnóstico por imagen.

Confidencialidad de los expedientes médicos

Una declaración que describe las políticas y los procedimientos de IEHP para preservar la confidencialidad de los expedientes médicos está disponible y se le proporcionará a Usted si la solicita.

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 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 hacer que el Aviso revisado o modificado comience a aplicarse a su PHI que ya tenemos, así como a cualquier PHI suya que recibamos en el futuro. IEHP revisará y distribuirá con prontitud este Aviso siempre que haya un cambio sustancial en:

- Los usos o divulgaciones
- Sus derechos

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 las 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
 - Cómo determinar la elegibilidad o la cobertura de los reclamos
 - Emisión de facturas de primas
 - 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. Podríamos 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:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- 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 suscripción, tenemos prohibido utilizar o divulgar Su PHI que sea información genética en el proceso de suscripción.
- Recordatorios de citas y alternativas de tratamiento: podemos utilizar y divulgar su PHI para recordarle una cita a fin de 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 la divulgación 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 restrictivas.
- 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/maltrato 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 fundamental 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
- 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.

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 entrará en vigor de inmediato, 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 estipule 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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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 tener 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 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 casos en los últimos seis años en los que Nosotros o nuestros socios comerciales divulgaron 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 de 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 los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independencia 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. No emprendemos 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 de 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 figura a continuación:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpa.org.

IEHP Privacy Officer
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729
Correo electrónico:
www.compliance@iehp.org
Línea directa de cumplimiento de IEHP: 1-866-355-9038

Aviso de privacidad de la información financiera

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 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; e
- Información de los informes de los consumidores.

Divulgación de 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 recopilemos 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; 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en 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, que suelen prestarse solo como tratamiento para las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento del dolor crónico.

Una **Condición grave** es una afección médica que implica la aparición súbita 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 afección grave.

Instrucciones Anticipadas sobre Atención Médica significa un documento legal que informa a su médico, familiares y amigos sobre la atención médica que desea recibir si ya no puede tomar decisiones por sí mismo. Explica los tipos de tratamientos especiales que desea o no desea recibir. Para obtener más información, comuníquese con el Plan o con la Oficina del Fiscal General de California.

Los **Créditos Fiscales Anticipados para la Prima** 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 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 evidencias.

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.

La **Anestesia** es la pérdida de sensibilidad debido a una depresión farmacológica de la función nerviosa.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

Proveedor de Atención Médica Debidamente Calificado se refiere a un Proveedor de Atención Médica que actúa dentro del ámbito de su práctica profesional y que posee antecedentes clínicos, incluidos la capacitación y los conocimientos especializados, relacionados con la enfermedad, afección o afecciones específicas asociadas con la solicitud de una segunda opinión.

Ensayo Clínico Aprobado significa un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV realizado en relación con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección Potencialmente Mortal que cumpla al menos uno de los siguientes requisitos:

- El estudio o investigación está aprobado o financiado, lo que puede incluir financiamiento mediante donaciones en especie, por una o más de las siguientes entidades:
 - Los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health).
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) federales.
 - La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality).
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) federales.
 - Un grupo o centro cooperativo de los Institutos Nacionales de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid federales, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros.
- Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o investigación ha sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determina que es comparable al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud y que garantiza una revisión imparcial conforme a los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
 - El Departamento de Energía de los Estados Unidos.
- El estudio o investigación se realiza conforme a una solicitud de un nuevo medicamento en investigación (IND) revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.
- El estudio o investigación es un ensayo de un medicamento que está exento de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación (IND) revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.

El Trastorno del Espectro Autista (*Autism Spectrum Disorder, ASD*) es un trastorno del comportamiento caracterizado por:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehph.org.

- Déficit 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 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*).

Beneficios y Cobertura hace referencia a los Servicios de Atención Médica disponibles bajo el contrato de un plan.

Producto Biológico es una molécula generalmente grande y compleja que se produce mediante biotecnología en un sistema vivo.

Producto Biosimilar es un producto biológico que es muy similar y no tiene diferencias clínicamente significativas con respecto al producto biológico original.

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 algún tercero similar utilizada por IEHP.

Año Civil es el periodo de doce meses que comienza a las 12:01 a.m., Hora del Pacífico del 1 de enero de cada año.

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".

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".

Calzado Correctivo incluye zapatos especializados, soportes para el arco del pie y plantillas, y está hecho a la medida para los Miembros que sufren deformación de 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? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Beneficios Cubiertos significa los servicios y suministros Medicamente Necesarios que usted tiene derecho a recibir en virtud de un acuerdo individual o grupal y que se describen en esta Evidencia de Cobertura o conforme a las leyes de California sobre planes de servicios médicos.

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.

Servicios/Gastos cubiertos se refiere a los servicios y suministros Medicamente Necesarios quirúrgicos o de un hospital 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.

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, a acostarse y levantarse de la cama, a 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:

- Tiene discapacidad mental o física y se espera que dicha discapacidad continúe y se prolongue;
- Requiere un entorno protegido, supervisado o controlado, ya sea en una institución o en el domicilio; 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 entorno protegido, supervisado o controlado.

Deducible es una cantidad fija que usted paga cada Año Calendario por los gastos cubiertos específicos antes de que IEHP pague cualquier beneficio por esos gastos cubiertos en ese Año Calendario. 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 define la ley 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 la ley 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).
- La pareja de hecho es, para los fines de esta EOC, la pareja del Suscriptor si el Suscriptor y su pareja son una pareja que está registrada como pareja de hecho que cumple con todos los requisitos de la Sección 297 o 299.2 del Código de Familia de California.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Equipo Médico Duradero

- 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.

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.

Servicios y Atención de Emergencia significa (1) la evaluación médica inicial, el examen y la valoración realizados por un médico y cirujano o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico y cirujano, para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia o si la paciente está en trabajo de parto activo y, si existe alguna de estas condiciones, la atención, el tratamiento y la cirugía, dentro del ámbito de la licencia de dicha persona, que sean necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia, dentro de las capacidades del centro; y (2) una evaluación inicial, examen y valoración adicionales realizados por un médico u otro personal, en la medida en que lo permita la ley aplicable y dentro del ámbito de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia dentro de las capacidades del centro.

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.

Condición Médica de Emergencia se refiere a 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; o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Servicios y Atención de Emergencia significa (1) la evaluación médica inicial, el examen y la valoración realizados por un médico y cirujano o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por otro personal adecuado bajo la supervisión de un médico y cirujano, para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia o si la paciente está en trabajo de parto activo y, si existe alguna de estas condiciones, la atención, el tratamiento y la cirugía, dentro del ámbito de la licencia de dicha persona, que sean necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica de Emergencia, dentro de las capacidades del centro; y (2) una evaluación inicial, examen y valoración adicionales realizados por un médico u otro personal, en la medida en que lo permita la ley aplicable y dentro del ámbito de su licencia y privilegios clínicos, para determinar si existe una Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Condición Médica Psiquiátrica de Emergencia dentro de las capacidades del centro.

Beneficios Médicos Esenciales son un conjunto de categorías de servicios médicos (según la definición de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio) que deben cubrir todos los planes de beneficios médicos 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.

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

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.

Servicios Experimentales significa medicamentos, equipos, procedimientos o servicios que se encuentran en una fase de prueba y están siendo sometidos a estudios de laboratorio o en animales antes de ser probados en seres humanos. Los Servicios Experimentales no están siendo sometidos a una investigación clínica.

Familiares son los Dependientes del Suscriptor, que cumplen los requisitos de elegibilidad para la cobertura de este Plan y han sido inscritos por el Suscriptor.

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.

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. Algunos Medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos requieren Autorización Previa de IEHP para ser cubiertos.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

Proveedor de Atención Médica se refiere a cualquier profesional, grupo médico, asociación de práctica independiente, organización, centro de atención médica u otra persona o institución autorizada o con licencia del estado para prestar o proporcionar servicios de salud.

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 las leyes de California.

Agencia de Asistencia 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*).

Servicios de Asistencia Médica a Domicilio son los servicios, incluidos los de enfermería especializada, prestados por una Agencia de Asistencia 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".

Terapia de infusión en el hogar es una terapia de infusión que implica la administración de medicamentos, nutrientes u otras soluciones por vía intravenosa, subcutáneamente por bombeo, o por vía enteral o epidural (dentro del flujo 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.

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.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehpc.org.

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.

Área de Servicio de IEHP es el área geográfica de los condados de Riverside y San Bernardino en donde IEHP ha sido autorizado por el Departamento de Administración de Servicios Médicos de California para contratar proveedores, comercializar productos, inscribir Miembros y brindar beneficios a través de planes 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. 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 para solicitar información sobre proveedores.

Revisión Médica Independiente (IMR) significa una revisión de la denegación, modificación o demora por parte de su Plan de su solicitud de servicios o tratamiento de atención médica. La revisión es proporcionada por el Departamento de Atención Médica Administrada y realizada por expertos médicos independientes. Si reúne los requisitos para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por su Plan relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o en investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. Su Plan debe pagar los servicios si una IMR determina que usted los necesita.

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.

Producto Biosimilar Intercambiable es un producto biosimilar que cumple requisitos adicionales que le permiten sustituir al producto biológico original.

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 cada 24 horas.

Servicios en Investigación significa aquellos medicamentos, equipos, procedimientos o servicios para los cuales se han completado los estudios de laboratorio o en animales y se están realizando estudios en seres humanos, pero:

- (1) Las pruebas no se han completado; y
- (2) La eficacia y seguridad de dichos servicios en seres humanos aún no se han establecido; y
- (3) El servicio no tiene un uso generalizado.

Potencialmente Mortal significa una o ambas de las siguientes condiciones:

- Enfermedades o condiciones en las que la probabilidad de muerte es alta a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- Enfermedades o condiciones con desenlaces potencialmente mortales, en las que el objetivo final de la intervención clínica es la supervivencia.

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 medicamentos específicos que requiere una dosis constante.

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 la 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 Código de Regs., 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.

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.

Información Médica significa cualquier información que pueda identificarse individualmente, en forma electrónica o física, en posesión de un proveedor de atención médica, plan de servicios de atención médica, compañía farmacéutica o contratista, o contratista, con respecto a la historia clínica de un paciente, información de solicitudes de salud mental, información sobre solicitudes de salud reproductiva o sexual, salud mental o física o tratamiento. “Individualmente identificable” significa que la información médica incluye o contiene cualquier elemento de información de identificación personal suficiente para permitir la identificación del individuo, tal como el nombre del paciente, la dirección, la dirección de correo electrónico, el número de teléfono o el número del seguro social, u otra información que, sola o en combinación con otra información disponible públicamente, revela la identidad del individuo.

Medicamento Necesario 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:

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

- Concuerdan con los estándares generalmente aceptados de atención, incluidos los estándares generalmente aceptados para el tratamiento de Trastornos de Salud Mental o 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 Miembros, ni para la conveniencia del paciente, el Médico tratante ni ningún otro Proveedor de Atención Médica.

Medicare es la Ley sobre Beneficios de Seguros de Salud para Personas Mayores y Discapacitadas, citada en la Ley Pública 89-97 y sus enmiendas.

Miembro significa un suscriptor, afiliado, empleado inscrito o dependiente de un suscriptor o empleado inscrito que se haya inscrito en el Plan y cuya cobertura esté activa o vigente.

Trastorno de Salud Mental o por Consumo de Sustancias se entiende como 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.

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.

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.

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 proporcionar servicios de 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".

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

Farmacia de la Red es una farmacia autorizada que tiene un contrato con IEHP para proporcionar Medicamentos recetados a los Miembros de este Plan.

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.

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.

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 apoyo 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 **Gasto Máximo de su Bolsillo (*Out-of-Pocket Maximum, OOPM*)** es el monto máximo 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 cubierto el Gasto Máximo de su Bolsillo.

Medicamento Recetado para Pacientes Ambulatorios significa un medicamento autoadministrado que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para su venta al público a través de una farmacia minorista o de pedidos por correo, requiere receta médica y no se ha proporcionado para su uso como paciente hospitalizado.

Centro Quirúrgico Ambulatorio es una instalación distinta de un consultorio médico u odontológico, cuya función principal es realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Debe

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

Dolor se entiende como 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 posoperatorio y dolor posoperatorio dental.

Médico es un médico en medicina (M.D.) o un médico en osteopatía (D.O.) con licencia para ejercer la medicina o la osteopatía en el lugar donde se presta la atención médica.

Asistente Médico es un profesional de la atención médica certificado por el estado como Asistente Médico y autorizado para proporcionar atención médica cuando esté supervisado por un Médico.

El **Plan** se refiere a los beneficios médicos adquiridos por Usted y descritos en esta EOC.

Medicamento Recetado o "medicamento" significa un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para su venta a los consumidores que requiere receta médica y no se proporciona para su uso como paciente hospitalizado. El término "medicamento" o "medicamento recetado" incluye:

(A) dispositivos desechables que sean Medicamente Necesarios para la administración de un medicamento recetado cubierto, como cámaras de inhalación e inhaladores para la administración de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios en aerosol; (B) jeringas para medicamentos recetados autoinyectables que no se dispensen en jeringas precargadas; (C) medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados del producto de conformidad con las Secciones 1367.002, 1367.25 y 1367.51 del Código de Salud y Seguridad, incluidos los medicamentos, dispositivos y productos aprobados por la FDA de venta libre; y (D) a elección del plan de servicios médicos, cualquier vacuna u otros beneficios de atención médica cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados del Plan.

Una **Orden de Medicamento Recetado** 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 del plan o sus agentes contractuales y los solicitantes o representantes de un plan, cuando dichas consultas o debates 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 un 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 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 pueden denominarse “atención por turnos e incluye cualquier parte de los servicios de atención por turnos”.

Los **Servicios Profesionales de la Vista** incluyen examen, selección de materiales, ajuste de anteojos o lentes de contacto, ajustes relacionados, instrucciones, etc.

Por **Situación Psiquiátrica Médica de Emergencia** se entiende un trastorno mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente como para que el paciente se encuentre en un peligro inmediato para sí mismo o para los demás, o inmediatamente incapaz de procurarse o utilizar alimentos, alojamiento o ropa debido al trastorno mental.

Paraprofesional Calificado en Servicios para el Autismo es una persona sin licencia y sin certificación que: (1) es supervisado por un Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o un profesional de servicios para el autismo calificado a un nivel de supervisión clínica que cumple con los estándares de práctica profesionalmente reconocidos; (2) proporciona tratamiento conforme a un

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

plan de tratamiento desarrollado y aprobado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo; (3) cumple con las calificaciones de educación y capacitación descritas en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Reglamentos de California; (4) tiene educación, capacitación y experiencia adecuadas según lo certificado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o una entidad o grupo que emplea Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo; y (5) es empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para el Autismo o una entidad o grupo que emplea Proveedores Calificados de Servicios para el Autismo responsables del plan de tratamiento para el autismo.

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 para el comportamiento que tiene capacitación y experiencia en la prestación de servicios para un trastorno del desarrollo persistente o autismo y que cumple con las calificaciones de educación y experiencia descritas en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Reglamentos de California para un Analista del Comportamiento Asociado, Analista del Comportamiento, Asistente de Administración del Comportamiento, Consultor de Administración del Comportamiento o Programa de Administración del Comportamiento; (5) es psicólogo asociado, un terapeuta matrimonial y familiar asociado, un trabajador social clínico asociado o un asesor clínico profesional asociado, según lo definido y regulado por la Junta de Ciencias del Comportamiento o la Junta de Psicología y cumple con los criterios establecidos en las regulaciones adoptadas conforme a la Sección 4686.4 del Código de Bienestar e Instituciones para un profesional del comportamiento; (6) tiene formación y experiencia proporcionando servicios para trastornos del desarrollo generalizado o autismo conforme a la División 4.5 (a partir de la Sección 4500) del Código de Gobierno; y (7) 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 para el 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 para profesionales 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 o que requiere un Tratamiento Continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro.

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.

Unidades de cuidados especiales son áreas de un Hospital que cuentan con personal altamente cualificado para el cuidado de pacientes con Afecciones Agudas que requieren tratamiento y monitoreo constantes, incluidas, entre otras, una unidad de cuidados intensivos, de cuidados intensivos cardiacos y de cuidados intensivos de cirugía cardíaca, y una sala de cuidados intensivos neonatales o de cuidados intermedios para recién nacidos.

Especialista es un Médico que presta servicios y suministros especializados al Miembro. Se considera especialista a todo médico que no sea un ginecólogo u obstetra 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 de los Familiares 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 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 de otro modo prestados a una Miembro que sea Madre Sustituta.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

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.

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 P&T 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 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.

Los **Medicamentos del Nivel 4** son 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 (después de reembolsos) superior a \$600 por un suministro para un mes de suministro.

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 de otro modo cubierto que 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 califica 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.

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 las 24 horas al día, los 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 cubra 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.

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 (Individual & Family Plan, 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

Email: 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 al www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios para Miembros de IEHP al 1-855-433-IEHP (4347) (TTY 711), de lunes a viernes de 8am-6pm, Hora del Pacífico. Visítenos en línea en iehp.org.

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, país de origen, 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 los Estados Unidos, 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>.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales aplicables. IEHP no discrimina ilegalmente ni excluye a las personas o las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

IEHP ofrece:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, como:
 - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ✓ Información por escrito en otros formatos (impresa en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP Covered, llamado al **1-855-433-4347 (IEHP)**, de lunes a viernes. Si no puede oír o hablar bien, por favor, llame al **711**. Si lo solicita, podemos proporcionarle este documento en Braille, letra grande, audiocasete o formulario electrónico. Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternos, llame o escriba a:

Inland Empire Health Plan
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA 91730-5987
1-855-433-4347 (IEHP) (TTY: 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP no le ha proporcionado estos servicios o que lo ha discriminado ilegalmente de alguna otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el coordinador de Derechos Civiles de IEHP. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP llamando al **1-855-433-4347 (IEHP)**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY: **711**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
IEHP Civil Rights Coordinator
10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA 91730-5987

- En persona: vaya al consultorio de su Médico o a IEHP y diga que quiere presentar una queja formal.
- Por vía electrónica: En línea: visite el sitio web de IEHP Covered en ***IEHP.org***.

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 **1-855-433-4347 (IEHP)** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el departamento. Usar este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún derecho o recurso legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal sobre una emergencia, una queja formal que su plan de salud no ha resuelto 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 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 de investigación y las disputas de pago por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con un impedimento auditivo 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.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

Si considera que le han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una denuncia de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de quejas o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



Covered

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կրթություն: Չանգահարեք **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្ទុំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**)。

我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-273-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang- henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-433-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-855-433-4347** (линия TTY: **1-800-718-4347**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-855-433-4347** (линия TTY: **1-800-718-4347**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Libre ang mga serbisyo ng ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็น ภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็น นอักษระเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-855-433-4347** (TTY: **1-800-718-4347**). Các dịch vụ này đều miễn phí.