

# VHP Valley Health Plan



## Plan para 2023

### Acuerdo de membresía al Plan Valley Health Plan de Covered California y al Plan individual y familiar

Evidencia de Cobertura (EOC) y Formulario de Divulgación Combinados

# Valley Health Plan de Covered California y Plan individual y familiar

## Evidencia de Cobertura (EOC) y Formulario de Divulgación Combinados

Visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para conocer las matrices de Cobertura del resumen de beneficios correspondientes a los costos de Deducible, Copago y Coseguro.

# Información general

---

Este documento de EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS es solo un resumen del Plan de salud. Se debe consultar el contrato del Plan de salud para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.

---

## ¿Dónde puedo acudir para obtener atención de la salud?

En caso de emergencia, llame al 911 o busque atención en el hospital más cercano. Se trata de una emergencia si la espera para recibir atención puede poner en peligro su vida o perjudicar una parte de su cuerpo. Nota: En términos económicos, los Miembros no deben pagar los servicios de atención de emergencia, en ninguna cantidad que el plan tenga que pagar, más allá de los Copagos, Coseguros y Deducibles correspondientes a la afiliación, según lo dispuesto en esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

### Médico de cabecera

Valley Health Plan (VHP) cuenta con una serie de centros de salud y consultorios de proveedores individuales que prestan los servicios de atención de la salud que necesita. Estos médicos se encuentran en toda el Área de servicio de VHP. VHP cubre estas visitas al 100%. Para obtener una lista de Médicos de cabecera (Primary Care Physician, PCP), visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (California Relay Service, CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad.

## Servicios de atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que tiene que recibir en el plazo de 24 a 48 horas. Si necesita Servicios de atención de urgencia, llame a la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1.855.348.9119 (número gratuito), programe una cita o acuda a una clínica de atención de urgencia sin cita previa de la Red de VHP. En caso de que se encuentre fuera del Área de servicio y no pueda acudir con seguridad a sus Proveedores del Plan, acuda al proveedor de atención de urgencia más cercano. Toda la atención de seguimiento debe recibirse de Proveedores de la red del Plan o, de lo contrario, VHP debe autorizarla.

## Hospitales de la red de VHP

VHP tiene contrato con varios hospitales en toda su Área de servicio. Excepto en caso de emergencia, el Plan debe haber autorizado los Servicios hospitalarios.

---

## Elección de un Médico de cabecera

### Su Médico de cabecera

Su PCP o médico, que será su médico personal habitual, desempeña un papel fundamental en la atención de la salud. Puede solicitar un referido para que acuda a otros médicos/especialistas cuando sea necesario.

### Elección de su médico

Puede elegir su propio médico dentro de la Red de VHP. Si no lo hace, VHP le asignará uno. Para encontrar un médico, visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) y utilice la búsqueda de proveedores o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

### Cambio de médico

Puede cambiar de médico en cualquier momento. Para ello, debe llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## ¿A quién debe llamar?

### Servicios a Miembros

Llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de su Plan de salud o si necesita ayuda con cualquier otro asunto del Plan de salud. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad.

### Citas

Para concertar una cita con su PCP, llame al número de teléfono de citas que corresponde a su consultorio. Para obtener los números de teléfono de citas de los consultorios de los Proveedores, visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) y utilice la función de búsqueda de proveedores o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

### Línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Llame al **1.855.348.9119 (número gratuito)** para hablar con el personal de enfermería que brinda asesoramiento, las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Pueden brindarle asesoramiento médico y solicitar un referido para que obtenga la atención que necesita.



# Índice

<b>Introducción</b> .....	1
Información sobre este Acuerdo.....	1
<b>Definiciones</b> .....	3
<b>Política de no discriminación e idioma</b> .....	22
<b>La discriminación va en contra de la ley</b> .....	22
<b>Asistencia lingüística</b> .....	24
<b>Elegibilidad e inscripción</b> .....	26
Ser Miembro de VHP .....	26
Elegibilidad para el Plan Covered California y el Plan individual y familiar .....	26
Inscripción: Inicio de la cobertura.....	28
Inscripción abierta.....	29
Inscripción especial.....	30
Inscripción inicial .....	30
Cambio de su Plan de beneficios.....	30
Inscripción tardía o durante la Inscripción abierta.....	32
Cuándo comienza la cobertura .....	32
Continuación de la cobertura para dependientes .....	33
Período del contrato de esta Evidencia de Cobertura .....	34
<b>Elección de médicos y proveedores</b> .....	35
Elección de su Médico de cabecera.....	36
Cambio de su Médico de cabecera .....	36
Selección de la Red de proveedores de atención primaria.....	37



# Índice

<b>Acceso a la atención</b> .....	<b>39</b>
Programación de citas .....	39
Obtención de atención de la salud primaria .....	40
Obtención de servicios de autorreferidos .....	40
Obtención de atención especializada y referidos .....	41
Disposición sobre el período de permanencia .....	42
<b>Referido o atención cuaternaria</b> .....	<b>42</b>
Acceso oportuno a la atención .....	43
Obtención de atención en el hospital o en otros centros .....	45
Obtención de atención fuera de la red .....	46
Obtención de atención de la salud en un centro dentro de la red a cargo de un Proveedor Fuera de la red .....	47
Autorización y denegación de servicios .....	47
Segundas opiniones médicas .....	48
Continuidad de la atención .....	50
Revisión médica independiente .....	52
Sitio web de VHP: <a href="http://www.valleyhealthplan.org">www.valleyhealthplan.org</a> .....	53
Boletín informativo de VHP – Perspectives .....	54
Uso de su Tarjeta de identificación de VHP .....	54
<b>Beneficios y costos compartidos</b> .....	<b>55</b>
Servicios profesionales .....	56
Servicios para pacientes ambulatorios .....	56



# Índice

Servicios para pacientes hospitalizados .....	60
Servicios de hospitalización.....	60
Los Beneficios de Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluyen los siguientes: .....	61
Servicios en Centros de enfermería especializada .....	61
Servicios de ambulancia y transporte .....	63
Medicamentos con receta .....	63
Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. . .	64
Costos compartidos de los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. ....	64
Deducible del medicamento .....	65
Algunos medicamentos, suministros y suplementos intravenosos.....	66
Suministros para análisis de orina y dispositivos de administración de insulina para la diabetes.....	67
Límite de suministro de días.....	67
Farmacias del Plan.....	67
Opciones de resurtido de recetas .....	69
Farmacias del Plan.....	69
Farmacia de servicio por correo .....	69
Formulario de VHP .....	69
Medicamentos con receta no incluidos en el Formulario, de urgencia o de emergencia .....	70
Medicamentos que se recetan en el momento de la inscripción.....	71
Servicios de farmacia para pacientes hospitalizados .....	71



# Índice

Equipo médico duradero: suministros y equipos médicos .....	71
Equipo médico duradero para uso en el hogar .....	72
Prótesis y ortesis .....	73
Suministros médicos, equipos y otros dispositivos externos .....	74
Kits de pruebas para el hogar con las que se pueden detectar enfermedades de transmisión sexual .....	75
Suministros urológicos y de ostomía .....	75
Servicios de salud mental .....	76
Tratamiento de salud mental y conductual proporcionado por proveedores no médicos para pacientes ambulatorios .....	78
Servicios de tratamiento de salud mental y conductual proporcionados por un psiquiatra para pacientes ambulatorios .....	78
Servicios de tratamiento de salud mental y conductual para pacientes hospitalizados .....	79
Servicios de dependencia de sustancias químicas (abuso de alcohol y drogas) .....	80
Desintoxicación de pacientes hospitalizados .....	80
Atención de dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios .....	80
Servicios de audición .....	81
Servicios de salud en el hogar .....	82
Servicios de diálisis .....	82
Cuidados paliativos .....	83
Servicios de trasplante .....	84



# Índice

Servicios de ensayos clínicos.....	85
Servicios de acupuntura.....	87
Servicios odontológicos.....	87
Hospital o Centro Quirúrgico del Plan.....	87
Servicios odontológicos para pacientes ambulatorios.....	88
Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).....	88
Servicios odontológicos pediátricos.....	89
Elegibilidad e inscripción.....	89
Si tiene una reclamación sobre el Plan LIBERTY Dental.....	90
Coordinación de beneficios.....	90
Máximo anual de bolsillo.....	91
Servicios familiares.....	91
Servicios de maternidad.....	92
Atención de maternidad.....	92
Servicios de circuncisión.....	93
Cobertura de preservación de la fertilidad.....	93
Telemedicina.....	93
Servicios de educación y promoción de la salud.....	94
Información de contacto del Departamento de Educación de la Salud de VHP:.....	95
Servicios de cirugía reconstructiva, estética y bariátrica (pérdida de peso) ..	95
Cirugía reconstructiva.....	95
Cirugía estética.....	96
Mastectomías y disecciones de ganglios linfáticos.....	96
Cirugía bariátrica (pérdida de peso).....	96



# Índice

Servicios de viajes.....	96
Servicios oftalmológicos.....	97
Lentes de contacto especiales para la aniridia y la afaquia.....	97
Servicios de atención oftalmológica pediátrica.....	98
Obtención de servicios de médicos de la red VSP.....	99
Beneficios de Proveedores Fuera de la red.....	99
Si tiene una reclamación sobre VSP.....	99
Costos compartidos.....	100
Reglas generales, ejemplos y excepciones.....	100
Recepción de una factura.....	101
Servicios no cubiertos.....	102
Servicios sujetos al deducible.....	103
Copagos y Coseguro.....	103
Costo compartido para nativos de Alaska e indígenas estadounidenses....	104
Máximo anual de bolsillo.....	104
SalDOS del deducible anual y del Máximo anual de bolsillo.....	105
<b>Servicios de atención de emergencia y urgencia.....</b>	<b>106</b>
Servicios de emergencia.....	106
Servicios de urgencia.....	107
Dentro del Área de servicio.....	108
Fuera del Área de servicio.....	108
Atención de seguimiento después de los Servicios de emergencia o de urgencia.....	109
Después de la estabilización.....	109



# Índice

<b>Limitaciones y exclusiones</b> .....	<b>110</b>
Limitaciones principales.....	110
Exclusiones principales.....	112
<b>Responsabilidad de pago y reembolso</b> .....	<b>120</b>
Cargos por pago anticipado (primas).....	120
Cambios en las tarifas, los beneficios y los cargos.....	121
Otros cargos.....	121
Máximo anual de bolsillo.....	121
Beneficio máximo de por vida.....	122
Relación de primas y beneficios de atención de la salud.....	122
Pagos a Proveedores.....	122
Disposiciones de reembolso (reclamaciones).....	123
Responsabilidad del Suscriptor o afiliado por el pago.....	125
Responsabilidad del Suscriptor o afiliado que recibe crédito fiscal anticipado para primas (APTC).....	126
Reembolso/responsabilidad de terceros.....	126
<b>Asistencia de Servicios a Miembros</b> .....	<b>128</b>
Representante de Servicios a Miembros.....	128
Horario de inscripción abierta.....	129
Horario de inscripción no abierta.....	129
Asistencia lingüística.....	129
Registros/información de membresía.....	129



# Índice

Quejas formales de los Miembros .....	130
Quejas formales de los servicios oftalmológicos pediátricos .....	130
Línea de ayuda al consumidor del DMHC .....	132
Comité de Política Pública.....	132
Directiva anticipada de atención de la salud: sus opciones de atención de la salud .....	133
<b>Finalización de la Cobertura .....</b>	<b>135</b>
Pérdida de elegibilidad .....	136
Inscripción en Medicare .....	137
Multas por inscripción tardía de Medicare.....	137
Alistamiento en los servicios uniformados.....	137
Revisión estatal de la finalización.....	138
Cese de la cobertura .....	138
Reembolsos en caso de cancelación .....	138
<b>Sus derechos y responsabilidades.....</b>	<b>140</b>
Como Miembro, tiene derecho a lo siguiente: .....	140
Como Miembro, tiene la responsabilidad de lo siguiente: .....	143
Ley vigente .....	143
Suspensión de servicios .....	144
Prácticas de privacidad e información médica protegida (PHI).....	144
Prácticas de privacidad con respecto a la información confidencial o los servicios delicados .....	145



# Introducción

---

## Información sobre este Acuerdo

En este Acuerdo de membresía y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación, se describe la cobertura de atención de la salud del “Valley Health Plan de Covered California y el Plan familiar e individual”. Este Acuerdo de membresía y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación, la hoja de tarifas y las enmiendas constituyen el contrato legalmente vinculante entre el condado de Santa Clara, Valley Health Plan (el Plan de salud) y usted (Suscriptor). Para conocer los beneficios que se ofrecen en virtud de cualquier otro programa del Plan de salud, consulte la Evidencia de Cobertura de ese plan.

En este Acuerdo, Valley Health Plan suele denominarse “Plan de salud”, “VHP”, “nosotros” o “nos”. A veces, se hace referencia a los Miembros como “usted”. En este Acuerdo, algunos términos en mayúscula tienen un significado especial; consulte la sección “Definiciones” para revisar los términos que debe conocer.

## **Lea la siguiente información para saber de quién o qué grupo de proveedores puede obtener atención de la salud.**

El Plan de salud presta servicios directamente a nuestros Miembros mediante un programa de atención médica integrada, en lugar de reembolsar los gastos con base en una tarifa por servicio. Consulte la sección “Acceso a la atención” para obtener más información sobre el acceso a la atención.

Es importante que lea todo este Acuerdo para conocer su cobertura y, de esta manera, aprovechar al máximo los Beneficios de su Plan de salud. Además, si tiene necesidades especiales de atención de la salud, lea bien las secciones correspondientes.

VHP ofrece este Plan de Covered California y el Plan individual y familiar en virtud de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), modificada a partir

de 2010. Usted o sus dependientes son elegibles para VHP de Covered California y el Plan individual y familiar al inscribirse y cumplir con los requisitos de elegibilidad.

Como se explica en la sección “Elegibilidad e inscripción”, si se inscribe en VHP de Covered California y el Plan individual y familiar en virtud de la PPACA, existen dos opciones para la inscripción:

- Si lo hace mediante Covered California, el Intercambio se encargará de gestionar toda la inscripción y la elegibilidad, así como los formularios correspondientes.
- Si no lo hace mediante el Intercambio, debe cumplir con las reglas de elegibilidad del Plan individual y familiar de VHP, y completar un formulario de inscripción.

El pago vence antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para obtener otra información que no se encuentra en este folleto, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

# Definiciones

---

VHP pretende que sus servicios sean de fácil acceso y comprensibles; sin embargo, el lenguaje de la atención de la salud y de las organizaciones de atención administrada puede ser a veces muy confuso. Puede encontrar algunas definiciones de términos utilizados para describir sus Beneficios en la sección “Definiciones”. En todo el documento, estos términos definidos llevarán mayúsculas. Por ejemplo: Servicios cubiertos, Médicos del Plan.

---

**Trabajo de parto activo:** se refiere al trabajo de parto en un momento en el que se produzca cualquiera de los siguientes hechos:

- No hay tiempo suficiente para el traslado seguro a otro hospital antes del parto.
- El traslado puede suponer una amenaza para la salud y la seguridad de la paciente o del feto.

**Afección aguda:** se refiere a una afección médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, daño u otro problema médico que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada.

**Directiva anticipada de atención de la salud:** se refiere a un documento formal, que firma antes de una enfermedad o daño grave, que guiará su atención si sufre una discapacidad que no le permita tomar una decisión informada.

**Acuerdo:** se refiere al Acuerdo de membresía, lo que incluye, pero no se limita a esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados, todas y cada una de las solicitudes e información presentadas por el Miembro al solicitar la Cobertura, los anexos, los apéndices y las enmiendas que puedan añadirse en el futuro. En el Acuerdo, se presentan los términos y condiciones exactos de su Cobertura. Se incorporan todos los contratos, las promesas y los acuerdos intercambiados por el Miembro y VHP. Sustituye a todas las negociaciones, acuerdos o comunicaciones

anteriores o concurrentes, ya sean escritas u orales, entre ambas partes con respecto al contenido del Acuerdo.

**Autorización:** se refiere al sistema por el que el Director Médico o la persona designada da una aprobación escrita (u oral seguida de una escrita) para que un Miembro reciba o haga que VHP pague por ciertos Servicios cubiertos Médicamente necesarios.

**Tratamiento de salud conductual:** se refiere a los servicios profesionales y los programas de tratamiento, incluido el análisis aplicado de la conducta y los programas de intervención en la conducta basados en evidencia, que desarrollan o restablecen, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista y que cumplen todos los criterios siguientes:

1. El tratamiento lo receta un médico o un psicólogo, con autorización conforme a la ley de California.
2. El tratamiento se proporciona según un plan de tratamiento recetado por un proveedor de servicios de autismo calificado (Qualified Autism Service, QAS) y administrado por un proveedor de QAS, un profesional o paraprofesional de QAS supervisado y empleado por el proveedor de QAS, o una entidad o grupo calificado.
3. El plan de tratamiento tiene objetivos cuantificables que elaboró y aprobó el proveedor de QAS, que se revisan cada seis (6) meses y, cuando es necesario, se modifican.
4. El plan de tratamiento no se usa para proporcionar ni reembolsar el relevo, la atención diurna, el servicio educativo ni la participación en el programa de tratamiento.

**Beneficios:** se refiere a los Servicios cubiertos según la cobertura del Plan de beneficios.

**Plan de beneficios:** se refiere a los Servicios cubiertos de esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados, o según lo exijan las leyes estatales y federales. Toda fecha a la que se haga referencia en este Plan de beneficios comienza a las 12:01 a. m., hora del Pacífico.

**Cal-COBRA (Ley de Reemplazo de Beneficios de Continuación de California):** se refiere a la ley de California que exige que los planes de salud ofrezcan un acceso continuado a la cobertura de atención de la salud de grupo proporcionada al empleador, y a sus dependientes, de los

empleadores con 2 a 19 empleados elegibles a los que no se les ofrece actualmente la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y cuya cobertura terminaría debido a la finalización, el despido u otro cambio en el estado laboral. Con Cal-COBRA, también puede tener la oportunidad de continuar la cobertura de grupo cuando la cobertura cesaría de otro modo debido a la finalización de COBRA.

**Año calendario:** se refiere a un período de 12 meses que comienza el 1 de enero y termina 12 meses consecutivos después, es decir, el 31 de diciembre.

**Coseguro:** se refiere a la parte del costo de los Servicios cubiertos del Miembro, que se representan como porcentajes. El Coseguro se calculará en función de las tarifas contratadas, si las hubiera, entre VHP y sus Proveedores del Plan.

**Servicio de salud por contrato:** se refiere a todo servicio de salud que cumpla con lo siguiente:

- Se preste en función de un referido de un programa de salud de los pueblos indígenas o a expensas de este.
- Lo preste un proveedor médico u hospital público o privado que no sea un proveedor ni hospital del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas.

**Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB):** se refiere al momento en que recibe cobertura de dos (2) o más planes de seguro. La COB realiza lo siguiente:

- Elimina pagos duplicados.
- Especifica el orden en el que se pagará la cobertura (el plan primario, el plan secundario, etcétera).
- Garantiza que los beneficios pagados en virtud de ambos planes no sumen más del 100 % de los cargos.

**Copago:** se refiere al cargo que debe pagar para recibir un Beneficio. Esta es la parte del costo de los Servicios cubiertos que le corresponde al Miembro. El importe en dólares del Copago puede ser de \$0 (sin cargo). Los Copagos pagados por gafas, servicios odontológicos o cualquier otro beneficio complementario que no cubra este Plan de beneficios no se contabilizan en el Máximo de copago.

**Máximo de copago:** se refiere al importe máximo que debe pagar por los Servicios cubiertos durante un Año calendario.

**Cirugía estética:** se refiere a la cirugía que no es Médicamente necesaria y se realiza para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar el aspecto.

**Costo compartido:** se refiere al importe que debe pagar por un Servicio cubierto o los Beneficios, por ejemplo: Deducible, Copago o Coseguro.

**Cobertura:** se refiere a los Servicios cubiertos que figuran en este Acuerdo de membresía y en la Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados.

**Decisión de cobertura:** se refiere a la aprobación o Denegación de Servicios cubiertos por parte del Plan o los Proveedores del Plan. La Decisión de cobertura no incluye los Servicios cubiertos en disputa.

**Covered California:** es el Intercambio de Beneficios para la Salud de California, donde las personas, las familias y las pequeñas empresas pueden encontrar un seguro asequible de salud.

**Servicios cubiertos:** se refiere a los Beneficios según la cobertura del Plan de beneficios.

**Atención de custodia o atención domiciliaria:** se refiere a la atención que puede prestar una persona sin formación, que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, y que no tiene una relación significativa con el tratamiento contra una afección médica. Esta definición no se refiere a la terapia de salud conductual (Behavioral Health Therapy, BHT) recetada contra el trastorno del espectro autista. La atención de custodia incluye, entre otras, lo siguiente:

- Actividades de la vida diaria, como caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse o ir al baño.
- Toma de medicamentos.
- Atención que pueden realizar de manera segura y eficaz personas que, para prestar la atención, no requieren autorización, certificación ni la presencia del personal de enfermería con autorización de supervisión.

**Deducible:** se refiere al importe que debe pagar en un Año calendario por determinados Servicios cubiertos antes de que cubramos esos servicios con el Copago o el Coseguro correspondiente en ese período.

**Denegación:** se refiere a una negativa a cumplir o satisfacer una solicitud de servicios o el pago de los servicios prestados.

**Departamento de Atención de la Salud Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC):** se refiere a la agencia reguladora estatal responsable de la regulación o supervisión de los planes de atención médica de California.

**Dependiente:** se refiere a todo miembro de la familia de un Suscriptor que sea un dependiente elegible y cumpla con los requisitos de elegibilidad aplicables establecidos en este Acuerdo, y que se haya inscrito en el Plan de acuerdo con sus requisitos de inscripción.

**Cancelación de la inscripción:** se refiere al proceso voluntario de finalizar su membresía en el Plan de beneficios.

**Servicios cubiertos en disputa:** se refiere a todo Servicio cubierto que se haya denegado, modificado o retrasado por una decisión del Plan o de uno de sus Proveedores, en su totalidad o en parte, debido a un resultado de que el Beneficio no es Médicamente necesario. La decisión con respecto a los servicios de atención de la salud en disputa se relaciona con la práctica de la medicina, y no es una Decisión de cobertura.

**Equipo médico duradero (EMD):** se refiere a los suministros, equipos y dispositivos médicos Médicamente necesarios que cumplan con los siguientes requisitos:

- Se diseñaron para usarlos de manera repetida durante un período prolongado.
- No se consideran desechables, a excepción de las bolsas de ostomía y los suministros para personas con diabetes.
- Los solicita su Médico del Plan.
- No duplican la función de otro equipo ni dispositivo cubierto por VHP.
- Por lo general, no son útiles para el Miembro en ausencia de enfermedad o daño.
- Sirven principalmente para un fin médico.
- Son adecuados para usar en el hogar.

**Fecha de entrada en vigor de la cobertura:** se refiere a la fecha en que comienza su cobertura en virtud del Plan de beneficios. Para obtener la Fecha precisa de entrada en vigor de la cobertura, llame a Servicios a Miembros.

**Servicios médicos opcionales:** se refiere a un tratamiento no urgente, que no es de emergencia o que no es esencial.

**Dependiente elegible:** se refiere a una persona que se adapta a las siguientes definiciones:

1. Cónyuge legal de un Suscriptor.
2. Pareja doméstica registrada de un Suscriptor.
3. Niño colocado bajo la custodia física del Suscriptor o del cónyuge/ pareja de hecho del Suscriptor para su adopción, y que esté cubierto a partir de la fecha en que exista evidencia del derecho del Suscriptor o del cónyuge/pareja de hecho del Suscriptor a controlar la atención de la salud de dicho niño (se requerirá la documentación de la colocación de una agencia de adopción o un tribunal) con una residencia permanente dentro del Área de servicio.
4. Hijo adoptado legalmente (se requerirá documentación de una agencia de adopción o un tribunal).
5. Pupilo o hijo bajo la tutela del Suscriptor o del cónyuge/pareja de hecho del Suscriptor en virtud de una orden judicial válida (se exigirá una prueba de la tutela legal), y el hijo debe ser menor de 26 años; o de 19 a 26 años, y antes del 23 de marzo de 2010 no era elegible para otro plan de seguro patrocinado por el empleador; o de 26 años o más, pero incapaz de mantener un trabajo autónomo por razón de retraso mental o discapacidad física. El Suscriptor debe proporcionar a VHP la prueba de incapacidad y dependencia dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de la solicitud.
6. Cuando el Dependiente elegible cumpla 26 años, la cobertura no finalizará mientras el hijo cumpla, y continúe cumpliendo, con los siguientes criterios:
  - i. No puede mantener un empleo por sí mismo debido a un daño, enfermedad o afección física o mentalmente incapacitante.
  - ii. Depende principalmente del Suscriptor para su manutención y mantenimiento.
7. El hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final

de ese año de beneficios. La cobertura para dependientes finalizará el último día del año de beneficios durante el que el hijo dependiente deje de ser elegible.

8. Los hijos Dependientes elegibles pueden residir fuera del Área de servicio, pero solo estarán cubiertos para recibir Servicios de emergencia o de urgencia cuando estén Fuera de la red. Todo seguimiento o Atención de rutina debe recibirse dentro de la Red mediante el PCP del Miembro.
9. Los hijos Dependientes elegibles pueden residir fuera del Área de servicio, pero solo estarán cubiertos para recibir Servicios de emergencia o de urgencia cuando estén Fuera de la red. Todo seguimiento o Atención de rutina debe recibirse en la Red de VHP mediante el PCP del Miembro.
10. Padres o padrastros que cumplan con la definición de un familiar que califica en virtud de la sección 152(d) del título 26 del Código de los Estados Unidos y que vive o reside dentro del Área de servicio del Plan. Los Miembros que deseen agregar a sus padres o padrastros dependientes recibirán un aviso por escrito sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de Envejecimiento de California.

**Servicios de emergencia:** se refieren a los Servicios cubiertos, a menos que el “inscrito no haya requerido servicios ni atención de emergencia, y razonablemente debería haber sabido que no existía una emergencia”.

Los Servicios de emergencia también se refieren a una selección, examen y evaluación adicional a cargo de un médico u otro personal, en la medida en que lo permita la ley vigente y dentro del ámbito de su autorización y privilegios clínicos, para determinar si existe una Afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia psiquiátrica o la desintoxicación, dentro de la capacidad del centro. La afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso), de manera tal que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata cause cualquiera de los siguientes problemas:

- Grave peligro la salud del paciente.
- Deterioro grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

VHP tiene permitido denegar el pago de servicios de emergencia a un proveedor solo cuando el afiliado no requirió atención de emergencia y razonablemente debería haber sabido que no existía una emergencia.

### **EOC o Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación**

**Combinados:** se refiere a este Acuerdo de membresía y a la Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación Combinados, o este folleto.

**Intercambio:** se refiere a Covered California o el Intercambio de Beneficios para la Salud de California.

**Tratamiento experimental o en investigación:** se refiere a los servicios, pruebas, tratamientos, suministros, dispositivos o fármacos que el Plan determina que no son de aceptación general en el ámbito de los profesionales médicos informados de los Estados Unidos, en el momento en que se prestan los servicios, pruebas, tratamientos, suministros, dispositivos o fármacos, como seguros y eficaces para tratar o diagnosticar la afección para la que se propone su uso, a menos que tengan la aprobación de uno de los siguientes:

- El Proyecto de Evaluación de Tecnología Terapéutica y Diagnóstico de la Asociación Médica Estadounidense.
- La evaluación de la Oficina de Tecnología del Congreso de los EE. UU.
- Los Institutos Nacionales de Salud.
- La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).
- La junta de especialidad y la academia que representa, tal y como reconoce la Junta Estadounidense de Especialidades Médicas (American Board of Medical Specialties, ABMS).

El uso aprobado del fármaco no se excluirá como tratamiento experimental o en investigación.

**Fármaco aprobado por la FDA:** se refiere a los fármacos, medicamentos y productos biológicos aprobados por la FDA, y que figuran en la Farmacopea de los Estados Unidos, las Evaluaciones de Medicamentos de la AMA o el Formulario Hospitalario Estadounidense.

**Formulario:** se refiere a la amplia lista de medicamentos con receta que han revisado y seleccionado los Proveedores del Plan VHP en el Comité Farmacéutico y Terapéutico de VHP, de acuerdo con los estándares médicos reconocidos en el ámbito profesional por su efectividad médica y de costos.

El Formulario incluye medicamentos de marca y genéricos equivalentes aprobados por la FDA.

**Queja formal:** se refiere a una expresión escrita u oral de insatisfacción en relación con el Plan o el Proveedor, incluidas las inquietudes sobre la calidad de la atención, la denegación de un servicio o el pago de una reclamación (en su totalidad o en parte) realizada por el Miembro o su representante.

**HIPAA:** se refiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996.

**Servicios hospitalarios:** se refiere a todos los servicios prestados por el hospital mientras se ocupa una cama de hospital o se visita a un proveedor del centro autorizado para un procedimiento o tratamiento, dentro de la capacidad del centro.

**Virus de la inmunodeficiencia humana o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH o SIDA):** se refiere a una afección o enfermedad que se interpreta médicamente de forma amplia como una afección o enfermedad que exige atención médica especializada durante un período prolongado y que pone en peligro la vida, es degenerativa o incapacitante.

**Infertilidad iatrogénica:** se refiere a la infertilidad causada por una intervención médica, incluidas, pero sin limitarse a las reacciones de los medicamentos con receta o de los procedimientos médicos y quirúrgicos

**Individual:** se refiere a la Cobertura de VHP destinada a una persona.

**Período de elegibilidad inicial:** se refiere al período que cumple con uno de los siguientes criterios:

- El período en el que se completa el formulario de inscripción y el Plan lo revisa para aprobarlo (los formularios de inscripción y el pago deben recibirse 15 días antes del primer día del mes de la fecha de entrada en vigor).
- El período de 60 días después de que su dependiente ya no sea un Dependiente elegible en virtud de este Acuerdo y pueda inscribirse en el Plan como Suscriptor.
- El período de 60 días después de que su hijo recién nacido o recién adoptado se convierta en un Dependiente elegible y pueda inscribirse en este Plan.

**Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados:** se refiere a aquellos servicios que se prestan en régimen de hospitalización al Miembro mientras permanece en el hospital durante un período de 24 horas, sin incluir la atención no aguda de larga duración.

**Afiliado tardío:** se refiere a una persona o dependiente que ha rechazado la inscripción en un plan de beneficios de salud ofrecido por Covered California o el Plan en el momento del período de inscripción inicial previsto en los términos de los períodos de inscripción abierta de la PPACA y que, posteriormente, solicita la inscripción en un plan de beneficios para la salud debido a un cambio de estado familiar o laboral.

**Medicamento con leyenda:** se refiere a un medicamento que la ley federal exige que lleve la siguiente declaración: "Precaución: La ley federal prohíbe la entrega sin receta".

**Potencialmente mortal:** se refiere a cualquiera o ambas de las siguientes opciones:

- Enfermedades o afecciones en las que la probabilidad de muerte es alta, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.
- Enfermedades o afecciones con resultados potencialmente mortales, donde el criterio de valoración de la intervención clínica es la supervivencia.

**Bloqueo:** se refiere a que los Servicios cubiertos pueden obtenerse solo mediante los Proveedores del Plan dentro de la Red de VHP que seleccione (a menos que dicha atención se preste como Servicios de emergencia en el ámbito mundial, Servicios urgentes fuera del área o esté Autorizada previamente).

**Si solicita Atención de rutina, EMD o Servicios médicos optativos a proveedores que no pertenecen al plan sin un referido aprobado por VHP, VHP no pagará su atención, y usted deberá pagar el costo total de dichos servicios.**

**Afección de salud mental materna:** se refiere a una afección de salud mental que afecta a una mujer durante el embarazo, el periparto o el posparto, o que surge durante el embarazo, en el período periparto o posparto, hasta un año después del parto.

**Criterios médicos:** se refiere a las reglas o guías predeterminadas para la atención médica, elaboradas por profesionales médicos que

dependen de la experiencia profesional, la experiencia previa y la bibliografía profesional, con las que se pueden comparar aspectos de instancias reales de atención médica.

**Director Médico:** se refiere al Director Médico de VHP, que es un médico o persona designada con la responsabilidad de la administración médica de VHP y de autorizar la atención cuando sea necesario. El Director Médico del Plan es un gerente de la utilización y la calidad de la atención de la salud.

**Servicios médicos:** se refiere a aquellos servicios profesionales de médicos y otros profesionales de atención médica, que los presta, receta o dirige un Médico de cabecera o un Médico especialista.

**Medicamento necesario o Necesidad médica:** se refiere a los servicios que cumplen con lo siguiente:

- Son apropiados y necesarios para aliviar los síntomas, diagnosticar una afección médica o tratarla.
- Se encuentran dentro de los estándares reconocidos de la práctica médica.
- No son principalmente para su comodidad, la de su familia, la de su cuidador ni la de ningún proveedor.
- Es el suministro o nivel de servicio más adecuado que puede proporcionarse de manera segura.

**Medicamento necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias:** se refiere a un servicio o producto que aborda las necesidades específicas de ese paciente, con el fin de prevenir y diagnosticar o tratar una enfermedad, daño, afección o sus síntomas, lo que incluye minimizar el progreso de esa enfermedad, daño, afección o sus síntomas, de una manera que cumpla con todo lo siguiente:

- (i) Se realiza de acuerdo con los estándares de aceptación general de salud mental y atención relacionadas con los trastornos por consumo de sustancias.
- (ii) Sea clínicamente adecuado en términos de tipo, frecuencia, extensión, centro y duración.
- (iii) No sea principalmente para el beneficio económico del Plan de servicios de atención de la salud y los suscriptores ni para la conveniencia del paciente, el médico de cabecera u otro proveedor de atención médica.

**Miembro:** se refiere a todo Suscriptor o Dependiente elegible que está inscrito en el Plan de beneficios de acuerdo con los requisitos de elegibilidad aplicables.

**Reclamación del miembro:** se refiere a una declaración en la que se enumeran los servicios prestados, las fechas de los servicios y el desglose de los costos. Además, se incluye una declaración firmada por el Suscriptor de que se han prestado los servicios y cualquier documentación de apoyo del proveedor. El formulario de reembolso de reclamación del miembro completo sirve como base para que se reembolse el pago de los Beneficios cubiertos.

**Representante de Servicios a Miembros:** se refiere a todo enlace con el Miembro de VHP que pueda responder sus preguntas sobre la Cobertura, ayudarlo con cualquier problema de servicio y asistirlo con situaciones especiales.

**Trastornos de salud mental y por consumo de sustancias:** se refiere a una afección de salud mental o trastorno por consumo de sustancias que se encuentra dentro de cualquiera de las categorías de diagnóstico que figuran en el capítulo de trastornos mentales y conductuales de la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases, ICD), o que se enumera en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico (Diagnostic and Statistical Manual, DSM) de Trastornos Mentales.

**Auxiliares médicos:** se refiere a los profesionales de atención médica supervisados por médicos, que incluye asistentes médicos, como, por ejemplo, personal de enfermería especializado.

**Red:** se refiere a un sistema de servicio de prestación de atención de la salud que se encuentra dentro del Área de servicio. La Red del Plan consta de Médicos (como Médicos de cabecera [PCP] y especialistas del Plan), Centros y Hospitales del Plan.

**Procedimientos no experimentales:** se refiere a aquellos procedimientos para los que se han demostrado la seguridad y eficacia médicas, y ya no están en investigación, según lo que determinó VHP de acuerdo con la práctica médica de aceptación general y los estándares reconocidos a nivel profesional en la comunidad médica.

**Proveedor que no pertenece al Plan:** se refiere a toda persona profesional, organización, centro de salud, hospital u otra persona o institución autorizada o certificada por la agencia reguladora correspondiente

para prestar o proporcionar servicios de atención de la salud, pero que no trabaja para VHP, no pertenece a VHP, no es administrada por VHP ni tiene contrato con VHP para prestar servicios a los Miembros.

**Ortesis:** se refiere a un dispositivo rígido o semirrígido Médicamente necesario que se fija al cuerpo del lado externo para usarse como apoyo o apoyo ortopédico y, así, apoyar o corregir un defecto o función de una parte del cuerpo lesionada o enferma, sin incluir los dispositivos para que el Miembro pueda seguir con la actividad atlética en curso antes de la recuperación médica.

**Fuera de la red:** se refiere a todo Proveedor del Plan o Proveedor que no pertenece al Plan que no forme parte de su Red de VHP.

**Atención para pacientes ambulatorios:** se refiere al tratamiento médico para el que no es necesaria una estadía nocturna.

**Servicios hospitalarios o atención para pacientes ambulatorios:** se refiere a los servicios médicos que recibe una persona bajo la dirección de un Médico del Plan y que no pasan la noche en el hospital.

**Plan o VHP:** se refiere a Valley Health Plan. VHP es el seudónimo comercial (Doing Business As, DBA) del condado de Santa Clara, una corporación de California con autorización en virtud de la Ley del Plan de Servicios de Atención de la Salud de Knox-Keene.

**Centro del Plan:** se refiere a un centro (que no sea un Hospital del Plan), como un Centro de enfermería especializada, que tiene contrato con VHP para prestar Servicios médicos o suministros a los Miembros.

**Hospital del Plan:** se refiere a todo hospital debidamente autorizado que, en el momento en que se brinda atención a un Miembro, tiene contrato con VHP para prestar Servicios hospitalarios a los Miembros.

**Farmacia del Plan:** se refiere a una farmacia que tiene contrato con VHP para proporcionarle medicamentos que recetó su Proveedor del Plan.

**Médico del Plan:** se refiere a un PCP, médico o grupo médico debidamente autorizado que, en el momento de la atención, tiene contrato con VHP para prestar servicios de atención de la salud a los Miembros y se encuentra en la red de proveedores de atención primaria del Miembro individual. Esto no incluye a los médicos que se contratan solo para proporcionar Servicios de referidos.

**Proveedor del Plan:** se refiere a toda persona profesional, organización, centro de salud, hospital u otra persona o institución autorizada o certificada por el Estado, o según lo autorice la Ley de California, para prestar o proporcionar servicios de atención de la salud. Dicha persona o centro se encuentra dentro del Área de servicio o, en el momento en que se proporciona la atención, tiene un contrato con VHP para prestar servicios a los Miembros.

**Especialista del Plan:** se refiere a un médico que ejerce en una especialidad médica y ha contratado a VHP para prestar servicios de atención de la salud a los Miembros.

**Embarazo:** se refiere a los tres (3) trimestres de embarazo y el período posparto inmediato, que incluye servicios de atención relacionados con el embarazo y posparto que pueden durar hasta 12 meses después del nacimiento.

**Disposición de enfermedad preexistente:** se refiere a una disposición contractual que excluye la cobertura de los cargos o gastos incurridos durante un período específico posterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado, en cuanto a una afección para la que se recomendó o recibió asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento durante un período específico inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Ningún plan de servicios de atención de la salud limitará ni excluirá la cobertura de ninguna persona en función de una enfermedad preexistente, sin importar si se recomendó o recibió o no asesoramiento, diagnóstico, atención o tratamiento médico antes de esa fecha.

**Primas:** se refiere a los importes de pago mensual que tiene que pagar por su membresía en virtud de esta Evidencia de cobertura.

**Unidad de medicamentos con receta:** se refiere a la cantidad máxima de medicamento que puede dispensarse por receta. La mayoría de los medicamentos que se administran por vía oral a largo plazo se recetan en unidades de 90 días. En el caso de otros medicamentos, la Unidad de medicamentos con receta puede ser un solo recipiente, unidad inhaladora, paquete o curso de terapia. En el caso de los medicamentos que podrían formar hábito, la Unidad de medicamentos con receta se establece en una cantidad menor para velar por su protección y seguridad.

**Médico de cabecera (PCP):** se refiere a un Médico del Plan que ha contratado a VHP para prestar servicios de atención primaria a los Miembros.

Los PCP ejercen en una amplia gama de disciplinas médicas y pueden ser médicos de familia o generales, pediatras o internistas. Además, los obstetras/ginecólogos pueden desempeñarse como PCP dentro de las redes seleccionadas si cumplen con los criterios del VHP para prestar atención primaria.

El PCP tiene la capacitación médica para atender sus necesidades rutinarias de atención de la salud y es el principal responsable de la coordinación de su atención. La coordinación de su atención incluye responsabilidades como supervisar la continuidad de la atención, llevar registros e iniciar referidos para médicos especialistas del Plan.

**Red primaria:** se refiere a los Proveedores del Plan que pertenecen a la Red de atención primaria asignada del Miembro.

**Autorizado previamente o Autorización previa:** se refiere a un sistema mediante el que el Director Médico o la persona designada otorga una aprobación previa oral o escrita antes de que un Miembro pueda recibir ciertos Servicios cubiertos Médicamente necesarios.

**Prótesis:** se refiere a un dispositivo artificial que se fija al cuerpo para reemplazar una parte faltante. “Prótesis” también se refiere a los dispositivos y suministros que se implantan mediante cirugía.

**Reclamación del proveedor:** se refiere a una declaración en la que se enumeran los servicios prestados, las fechas de estos y el desglose de los costos. Además, se incluye una declaración firmada por el Miembro y el profesional de cabecera de que se han prestado los servicios. La Reclamación del proveedor completada sirve como base para el pago de los Beneficios cubiertos directamente a un Proveedor.

**Afección médica de emergencia psiquiátrica:** se refiere a un trastorno mental en el que hay síntomas agudos de gravedad suficiente que representan un peligro inmediato para usted o para otras personas, o en el que no puede proporcionar ni usar inmediatamente alimentos, refugio o ropa debido al trastorno mental.

**Emisor de un plan de salud calificado (Qualified Health Plan, QHP):** se refiere a un plan de salud que ha celebrado un acuerdo con el Intercambio de Beneficios para la Salud de California, una entidad independiente establecida dentro del gobierno del estado de California que opera como Covered California (el “Intercambio”).

**Cirugía reconstructiva:** se refiere a una cirugía realizada para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismo, infección, tumores o enfermedad con el fin de lograr algo de lo siguiente:

- Mejorar la función.
- Crear un aspecto normal o uniforme, en la medida de lo posible.

La Cirugía reconstructiva incluye las prótesis necesarias después de una mastectomía y las prótesis originales y de sustitución para reemplazar de forma total o parcial una parte externa del cuerpo que se encuentra en la cara que se extirpó o deterioró como resultado de una enfermedad, un daño o un defecto congénito.

**Servicios de rehabilitación:** se refiere a los Beneficios que se proporcionan en un programa de rehabilitación multidisciplinario, organizado y recetado, ya sea en un hospital, Centro de enfermería especializada, consultorio médico u otro centro.

**Atención de rutina:** se refiere a la prestación de servicios Médicamente necesarios que se necesitan para lo siguiente:

- Fines de selección.
- Prevención de enfermedades.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o daños nuevos o en curso.
- Evaluación y tratamiento de los signos o síntomas por los que un Miembro cree razonablemente que existe una afección médica de emergencia o un deterioro del estado de salud o una discapacidad significativa.

Dicha atención de rutina no representa un riesgo inmediato que requiera atención de urgencia o emergencia.

“Servicios delicados” se refiere a todos los servicios de atención de la salud relacionados con la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, el trastorno por consumo de sustancias, la atención de afirmación de género y la violencia de pareja, e incluye los servicios descritos en las secciones 6924, 6925, 6926, 6927, 6928, 6929 y 6930 del Código de la Familia, y las secciones 121020 y 124260 del Código de Salud y Seguridad, obtenidos por un paciente con la edad mínima especificada para dar su consentimiento al servicio especificado en la sección.

**Afección crónica grave:** se refiere a una afección médica debido a una enfermedad, afección u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que hace cualquiera de los siguientes:

- Persista sin cura completa o empeore durante un período prolongado.
- Requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro.

**Trastornos emocionales graves de un niño o adolescente:** se refiere a los menores de 18 años que se adaptan a las siguientes definiciones:

- Tiene uno o más trastornos mentales, tal como se identifica en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, que no sea un trastorno primario por consumo de sustancias ni un trastorno del desarrollo, y que cause un comportamiento inadecuado para la edad del niño según las normas de desarrollo previstas.
- Cumple los criterios del párrafo (2) de la subdivisión (a) de la sección 5600.3 del Código de Bienestar e Instituciones.

**Gravemente debilitante:** se refiere a enfermedades o afecciones que causan morbilidad irreversible importante.

**Área de servicio:** se refiere al área geográfica, establecida por VHP y aprobada por el Departamento de Atención de la Salud Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC), donde VHP presta servicios de atención médica a los Miembros.

La ubicación de los centros que prestan servicios de atención de la salud primaria se encuentra dentro de las proximidades razonables de las residencias comerciales o personales de los miembros para garantizar la accesibilidad.

**Enfermedad mental grave:** se refiere a un trastorno mental de una persona de cualquier edad. Las enfermedades mentales graves incluyen la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), los trastornos depresivos mayores, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno del espectro autista, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

**Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** se refiere a un centro en el que los servicios para pacientes hospitalizados se proporcionan en un nivel menos intensivo que un hospital de cuidados agudos, pero que aún requieren servicios de un profesional de atención médica autorizado.

**Referido permanente:** se refiere a un referido de un PCP a un especialista para más de una visita, según se indica en el plan de tratamiento, si corresponde, sin que el PCP tenga que proporcionar un referido específico para cada visita.

**Estado:** se refiere al estado de California.

**Suscriptor:** se refiere a la persona que está inscrita y es responsable del pago a VHP, o cuyo empleo finalizado u otra situación es la base de la elegibilidad para ser miembro del Plan de beneficios.

**Telemedicina:** se refiere a la modalidad de prestación de servicios de atención de la salud y de salud pública mediante las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, el control de la atención y el autocontrol de la atención de la salud de un paciente. La telemedicina facilita el autocontrol del paciente y el apoyo del cuidador a los pacientes, e incluye interacciones sincrónicas y transferencias asincrónicas de almacenamiento y envío.

**Finalización:** se refiere al proceso involuntario de finalizar su membresía en el Plan de beneficios.

**Hospital de referido cuaternario:** se refiere al hospital que proporciona atención cuaternaria, que son niveles superiores de atención necesarios para tratar afecciones más graves que requieren conocimientos especializados, un control de salud más intensivo y una intervención médica o quirúrgica obtenida de especialistas afiliados a dicho hospital. El uso de un Hospital de referido cuaternario y sus especialistas afiliados puede autorizarse después de una evaluación a cargo de VHP de que los Servicios cubiertos Médicamente necesarios no pueden obtenerse mediante la Red primaria del Miembro. Si se solicitan servicios de atención de la salud en un Hospital de referido cuaternario, y su atención puede obtenerse de manera adecuada dentro de su Red de proveedores de atención primaria, VHP puede redirigir los Servicios cubiertos Médicamente necesarios a los Proveedores del Plan afiliados a su Red primaria.

**Servicios de urgencia:** se refiere a los Servicios cubiertos para una enfermedad, daño o Embarazo cuyo tratamiento no puede retrasarse hasta que el Miembro regrese al Área de servicio y, además, tiene la creencia razonable de la existencia de una Afección médica de emergencia o la creencia razonable de un deterioro en el estado de salud o una discapacidad significativa.

**Tarjeta de identificación de VHP:** se refiere a una Tarjeta de identificación emitida a los Miembros por VHP para identificar la membresía en VHP. Debe presentar su Tarjeta de identificación del VHP en cualquier momento y lugar donde reciba atención.

**Rehabilitación profesional:** se refiere a los servicios de evaluación, asesoramiento y colocación diseñados para ayudar a una persona lesionada o discapacitada a encontrar un empleo adecuado, o destinados principalmente a ello.



# Política de no discriminación e idioma

---

## La discriminación va en contra de la ley

Valley Health Plan (VHP) no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, religión, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género o cualquier otra clasificación prohibida por las leyes estatales o federales de derechos civiles.

VHP proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas que tienen una discapacidad para contribuir a la comunicación eficaz con el Plan, como los siguientes:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

VHP presta servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés para contribuir a la comunicación eficaz con el Plan, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio a Miembros de VHP.

Si cree que VHP no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, religión, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género o cualquier otra clasificación prohibida por las leyes estatales o federales, puede presentar una Queja formal ante el siguiente departamento:

VHP Member Services  
2480 North First Street, Ste 160,  
San Jose, CA 95131

**1.888.421.8444 (número gratuito),**  
Servicio de Retransmisión de California (CRS) 711 o el número  
de CSR 800 de su modalidad  
**[MemberServices@vhp.sccgov.org](mailto:MemberServices@vhp.sccgov.org)**.

Puede presentar una Queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, los Representantes de Servicios a Miembros están a su disposición.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono al siguiente departamento:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)**

Los formularios de reclamaciones se encuentran en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

# Asistencia lingüística

## English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

## Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

## Tagalog (Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

## 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)번으로 전화해 주십시오.

## 繁體中文 (Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711)。

## Հայերէն (Armenian)

Ուշ Արհ ՈւրՅ ՈւրՅ Եթ Ե իւն ս ու լ ի ք Կ ալ Ե ր Ե ն, ապա ձեզ աւ լ ճ ար  
Կ ար ո ղ Ե ն տր աւ ադ ր լ Ե լ լ Ե զ լ ալ աւ աջ ալ ց ու թ յ աւ  
Ծ առ ալ ու թ յ ու լ ն ն Ե ր : Ձաւն զ ահ ար Ե ք 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711):

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما  
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) تماس بگیرید.  
فراهم می باشد. با

**日本語 (Japanese)**

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।  
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711) पर कॉल करें।

**ภาษาไทย (Thai)**

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ប្រយ័ត្ន: បរិស្ថានជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, បសវនករជំនួយខ្លួនភាសា បោយមិនគិតថ្លៃ  
គឺអាចមានសំរាប់បរិស្ថាន។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).

**ພາສາລາວ (Lao)**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1.888.421.8444 (California Relay Service (CRS) 711).



# Elegibilidad e inscripción

---

## Ser Miembro de VHP

Antes de solicitar la membresía en el Plan VHP mediante VHP de Covered California o el Plan individual y familiar, debe ser elegible para inscribirse. Usted o sus Dependientes elegibles deben cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad e inscripción. Después de que se haya inscrito en el Plan VHP, será necesario que siga cumpliendo con estos requisitos.

En las siguientes secciones, se describe quién es elegible para inscribirse, cómo se realiza la inscripción, cómo se conserva la membresía y cuándo comienza la cobertura. Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad del Plan, la inscripción o los cambios en su inscripción, comuníquese con Servicios a Miembros.

**Debe informar todo cambio en el estado o aquel que afecte su elegibilidad o la elegibilidad de sus dependientes a Covered California o al Plan dentro de los 60 días posteriores a dicho cambio.**

---

## Elegibilidad para el Plan Covered California y el Plan individual y familiar

Es elegible para solicitar la Cobertura en virtud del Plan de beneficios mediante Covered California o el Plan si cumple con la definición de Suscriptor o Dependiente elegible según se describe en la sección “Definiciones”, además de lo siguiente:

- Vive en el Área de servicio de VHP.
- No se inscribió en ninguna otra cobertura de salud, incluido Medicare.

- Presenta una solicitud por escrito y el primer pago de la prima, como mínimo, 15 días antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- Ha completado una solicitud de cobertura y VHP la ha aprobado antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

VHP puede verificar la elegibilidad, el estado de elegibilidad de otros planes de salud (incluido Medicare) y el estado de los dependientes. Los servicios no se cubren antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Miembro ni después de que finalice dicha cobertura.

Los Miembros elegibles para los beneficios y que residan fuera del Área de servicio solo tendrán cobertura para los Servicios de emergencia o de urgencia cuando estén Fuera de la red. Todo seguimiento o Atención de rutina debe recibirse en la Red de VHP mediante el PCP de VHP del Miembro.

Si un Suscriptor trabaja y reside fuera del Área de servicio durante más de 90 días consecutivos (sin intención de regresar), no es elegible, o ya no es elegible, para la Cobertura en virtud del Plan de beneficios.

Es posible que usted o cualquiera de sus Dependientes no sean elegibles para inscribirse si alguna vez han finalizado su membresía en VHP por un motivo establecido en la sección titulada “Finalización de la cobertura”.

Los hijos de sus Dependientes no son elegibles para la inscripción.

Si, posteriormente, se determina que usted o sus Dependientes son inelegibles, VHP dejará de proporcionarles Beneficios durante el período de inelegibilidad y, además, usted tendrá que emitirle un reembolso por todos los servicios prestados y las reclamaciones pagadas durante dicho período en que usted no era elegible para la membresía.

Si usted y sus Dependientes son elegibles para inscribirse, VHP no se negará a hacerlo a pesar de lo siguiente:

- Su estado de salud.
- Su afección médica, incluidas enfermedades físicas y mentales.
- Su experiencia en reclamos.
- Su recepción de atención de la salud.
- Sus antecedentes médicos.
- Su información genética.

- Su evidencia de asegurabilidad, incluidas las condiciones que surjan de actos de violencia doméstica.
  - Su discapacidad.
- 

## Inscripción: Inicio de la cobertura

**Si solicita cobertura mediante Covered California, Covered California deberá hacer lo siguiente:**

- Notificar al VHP sobre cada Miembro elegible que haya completado una solicitud de inscripción y designado al VHP como el Plan de salud calificado (QHP) certificado.
- Transmitir la información obligatoria para que VHP inscriba al solicitante.

VHP garantizará una Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Miembro a partir de las siguientes fechas:

- El primer día del mes siguiente de la notificación de selección de VHP recibida por el Intercambio entre el primer día y el decimoquinto (15) día del mes.
- El primer día del segundo mes siguiente de las selecciones de VHP recibidas por el Intercambio desde el día dieciséis hasta el último día de un mes.
- Las demás fechas correspondientes que se especifican en los requisitos estatales y federales del Período de inscripción abierta y del Período de inscripción especial, o según se establezca de otro modo de acuerdo con las leyes, reglas y reglamentos vigentes del Intercambio.

El Intercambio exigirá recibir el pago del 100 % de la prima del primer mes el cuarto día hábil restante del mes, o antes, para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente.

VHP proporcionará al Intercambio la información necesaria para confirmar la recepción del pago de la prima del Miembro que se exige para comenzar la cobertura.

Como parte del proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información personal, como el nombre, la dirección, la raza (opcional), el origen étnico y el idioma escrito y hablado.

**Si solicita cobertura mediante VHP para el Plan individual y familiar, el Plan deberá hacer lo siguiente:**

- Recibir la solicitud de inscripción completa.
- Informar al miembro la aceptación de la inscripción.

VHP garantizará una Fecha de entrada en vigor de la cobertura del Miembro a partir de las siguientes fechas:

- El primer día del mes siguiente si la solicitud y la prima se reciben entre el primero y el 15 del mes anterior.
- El primer día del segundo mes si la solicitud y la prima se reciben entre el día 16 y el último día de un mes.
- Las demás fechas correspondientes que se especifican en los requisitos estatales y federales del Período de inscripción abierta o del Período de inscripción especial, o según se establezca de acuerdo con del Intercambio.

El Plan exigirá recibir el pago del 100 % de la prima del primer mes el día 15 del mes, o antes, para que la cobertura comience a partir del primer día del mes siguiente.

VHP proporcionará al Miembro la información necesaria para confirmar la recepción del pago de la prima del Miembro que se exige para comenzar la cobertura.

Como parte del proceso de solicitud, se le pedirá que proporcione información personal, como el nombre, la dirección, la raza (opcional), el origen étnico y el idioma escrito y hablado.

---

## Inscripción abierta

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con cualquier Dependiente elegible), y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles. Para ello, deberán presentar una solicitud de inscripción a Covered California durante el período de inscripción abierta anunciado por Covered California. Las solicitudes de Covered California se pueden encontrar en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). Covered California le hará saber cuándo comienza y termina el período de inscripción abierta, así como la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para solicitar el Plan individual y familiar, las personas pueden ingresar en el sitio web de VHP en <https://www.valleyhealthplan.org/sites/m/shop/Pages/individual.aspx> o comunicarse con VHP al 1.888.421.8444 para pedir una solicitud o presentarla por teléfono.

---

## Inscripción especial

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con cualquier Dependiente elegible), y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles. Para ello, deben enviar una solicitud de inscripción a Covered California durante el período de inscripción especial, según lo anunciado por Covered California. Las solicitudes de Covered California se pueden encontrar en [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). Covered California le hará saber cuándo comienza y finaliza el período de inscripción abierta, así como la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para solicitar el Plan individual y familiar, las personas pueden ingresar en el sitio web de VHP en <https://www.valleyhealthplan.org/sites/m/shop/Pages/individual.aspx> o comunicarse con VHP al **1.888.421.8444** para pedir una solicitud o presentarla por teléfono.

---

## Inscripción inicial

Si solicita Cobertura mediante Covered California, debe presentar una solicitud de inscripción y una prima al Intercambio a fin de solicitar la membresía para usted y sus Dependientes elegibles.

Si solicita cobertura al Plan, debe presentar una solicitud de inscripción y la prima al Plan a fin de solicitar la membresía para usted y sus Dependientes elegibles.

---

## Cambio de su Plan de beneficios

Para cambiar su Plan de beneficios, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del Intercambio o del Plan en el que desea inscribirse. Debe enviar una solicitud de inscripción o cambio de estado al Intercambio o al Plan dentro de los 60 días posteriores a dicho cambio. También

se debe proporcionar una prueba de cambio de estado o estado de dependiente (p. ej., certificado de nacimiento o documentación de adopción) en el momento de agregar un Dependiente a su Cobertura. Llame al Departamento de Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para obtener más información.

**Es su responsabilidad notificar al Intercambio o al Plan sobre todo cambio del estado que afecte su capacidad o la de su Dependiente inscrito para cumplir con los requisitos de elegibilidad. Si no inscribe a sus Dependientes elegibles cuando son elegibles por primera vez, no podrá inscribirlos.**

Con el Plan, una persona podrá inscribirse o cambiar los planes de beneficios de salud individuales como resultado de los siguientes eventos calificados o eventos de cambio de estado que incluyen eventos desencadenantes para el período de Inscripción abierta especial:

1. Usted o sus Dependientes pierden la cobertura esencial mínima mediante Covered California. La pérdida de la cobertura mínima esencial no incluye la pérdida de dicha cobertura debido a que la persona no paga las primas a tiempo o a situaciones que permiten una rescisión.
2. Tiene un recién nacido o un dependiente recién adoptado, o se convierte en un dependiente.
3. Tiene un nuevo dependiente que está obligado a estar cubierto como dependiente en virtud de una orden judicial estatal o federal válida.
4. Sale de la cárcel.
5. Pierde la cobertura de otro emisor de cobertura médica que incumplió de manera considerable una disposición importante del contrato de cobertura de salud.
6. Se muda fuera del Área de servicio o cambia de residencia permanente.
7. Obtiene acceso a nuevos planes de beneficios de salud como resultado de una mudanza permanente.
8. Su proveedor del Plan se da de baja como proveedor a través del Plan o de otro plan de beneficios para la salud.
9. Se inscribió en el Plan debido a la información errónea sobre la elegibilidad de la cobertura mínima esencial mediante Covered California.

10. Regresa del servicio activo en el ejército de los Estados Unidos o en la Guardia Nacional de California.
  11. Percibe algún otro cambio de estado según lo definido por la Cobertura de California o las Regulaciones Federales.
- 

## Inscripción tardía o durante la Inscripción abierta

La inscripción tardía significa que usted es un Afiliado tardío. Si no se inscribe a sí mismo o a sus Dependientes cuando son elegibles primera vez, puede inscribirse durante la inscripción abierta o tras la recepción de un formulario de inscripción y la prima. Llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para obtener más información.

Puede inscribirse en el plan o cambiarlo durante este tiempo.

**Es su responsabilidad asegurarse de que, durante el Período de elegibilidad inicial, el Intercambio/Plan reciba su solicitud de inscripción completa para el Plan individual y familiar de VHP de Covered California.**

---

## Cuándo comienza la cobertura

Usted, el Suscriptor y sus Dependientes comienzan a recibir los Servicios cubiertos el 1 de enero a las 12:00 a. m. cuando se inscriben por primera vez o en la Fecha de entrada en vigor de la cobertura que estableció el Intercambio o el Plan. La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la inscripción y a la recepción del pago, que se entrega o tiene matasellos en los primeros 15 días del mes anterior a la fecha de entrada en vigor. Cuando la inscripción y el pago se entreguen o tengan matasellos después del día 15 de cualquier mes, la cobertura entrará en vigor a más tardar el primer día del segundo mes posterior a la entrega o al matasellos del pago.

Las siguientes personas comienzan a recibir los Servicios cubiertos:

- Un hijo natural dependiente recién nacido en el momento del nacimiento.
- Un hijo adoptivo dependiente en la fecha en que obtiene la custodia adoptiva o cuando recibe el derecho legal de controlar la atención de la salud del hijo Dependiente elegible adoptado.

- Un pupilo dependiente que es un hijo Dependiente elegible en la fecha de inicio de la tutela legal.
- Un hijo dependiente bajo tutela judicial del suscriptor.

Esta cobertura dura 31 días. Para que la cobertura continúe más allá de los 31 días, el Suscriptor debe inscribir al niño mediante Covered California o del Plan dentro de los 60 días siguientes al nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, u otra fecha de tutela judicial.

---

## Continuación de la cobertura para dependientes

El Dependiente elegible puede seguir obteniendo la cobertura de salud en los siguientes casos:

1. Un Dependiente elegible con discapacidad física o mental que sea incapaz de tener un empleo autónomo y que dependa de usted para su manutención puede continuar con la cobertura, siempre y cuando el hijo estuviera discapacitado el día antes de cumplir los 26 años y se aporte a VHP una prueba de dicha incapacidad y dependencia dentro de los 60 días siguientes a que el hijo cumpla dicha edad. **Es posible que se deba verificar la discapacidad y la dependencia con la frecuencia que VHP considere necesaria. Sin embargo, el Plan no solicitará verificación más de una vez al año después de los primeros dos años en que el hijo haya cumplido 26 años.**
2. Un recién nacido, un recién adoptado o un nuevo pupilo legal. La cobertura continúa después de los primeros 31 días siempre que la persona dependiente se inscriba dentro de los primeros 60 días siguientes al nacimiento, adopción o tutela del niño. Después de este periodo, no podrá inscribir a su hijo.
3. Usted o su cónyuge, hijo natural, hijastro, hijo legalmente adoptado o un hijo bajo su tutela legal judicial reside con el Suscriptor o con el cónyuge actual o anterior del Suscriptor. La cobertura puede continuar en virtud del Plan hasta el final del año de beneficios para los dependientes que cumplan 26 años. El hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como Dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura para dependientes finalizará el último día del año de beneficios durante el que el hijo dependiente deje de ser elegible. **VHP puede solicitar la verificación del estado de Dependiente.**

4. Dependiente elegible que cumple 26 años y reúne los siguientes criterios:
    - a. El dependiente no puede mantener un empleo por sí mismo debido a un daño, enfermedad o condición física o mentalmente incapacitante.
    - b. El dependiente depende principalmente del Suscriptor para su manutención y mantenimiento.
- 

## Período del contrato de esta Evidencia de Cobertura

El Acuerdo se revisa cuando se cambia el contrato entre usted y VHP. Todo cambio futuro en el Acuerdo afectará esta Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación. La descripción de beneficios que se analiza en este folleto se aplica después de enero.

Si desea una copia de la EOC o de los avisos recientes para miembros, como el boletín informativo para miembros de VHP "Perspectives", visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.



# Elección de médicos y proveedores

---

**Lea la siguiente información para saber de quién o qué grupo de proveedores puede obtener atención de la salud.**

VHP es un plan de salud sin fines de lucro que contrata a sus Médicos de cabecera (PCP) y otros Proveedores del Plan que deben proporcionar Servicios o Beneficios cubiertos a sus Miembros y coordinarlos. Como miembro de VHP, debe recibir toda la atención de los servicios cubiertos de proveedores del Plan contratados. El uso de Proveedores del Plan es necesario, excepto en las siguientes circunstancias:

- En caso de emergencia.
- En caso de recibir Servicios de urgencia fuera del Área de servicio. (La atención de urgencia de proveedores no contratados se cubre si una persona razonable cree que su salud se deterioraría gravemente si el tratamiento se retrasara).
- Si VHP ha autorizado previamente los servicios.

En el momento de la inscripción, cada Miembro debe seleccionar un PCP. El PCP debe proporcionar toda la atención médica básica, todos los referidos a servicios hospitalarios y especializados, y coordinar cualquier Autorización previa necesaria.

Para obtener información actualizada sobre los Proveedores del Plan, visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Para comprender el significado de las definiciones importantes, como los Proveedores del Plan y el Área de servicio, consulte la sección “Definiciones”. En la sección “Responsabilidad de pago y reembolso” en “Pagos al proveedor”, encontrará más información importante sobre nuestra Red del Plan.

---

## Elección de su Médico de cabecera

VHP recomienda que usted y sus Dependientes elijan un Médico de cabecera (PCP) de VHP. Si no selecciona un PCP, VHP le asignará uno a usted y a sus dependientes inscritos.

Para elegir un PCP, haga lo siguiente:

- Incluya el nombre del PCP que eligió en su Solicitud de inscripción cuando se inscriba por primera vez.
- Seleccione un PCP que se encuentre cerca de su hogar o trabajo con la búsqueda de proveedores en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). Puede elegir un PCP diferente para cada dependiente.

VHP hará todo lo posible para asignarle el PCP que eligió, pero, si esto no es posible, nos comunicaremos con usted para brindarle detalles sobre cómo elegir otro.

Si necesita asistencia para seleccionar un PCP, llame al Representante de Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) y utilice la búsqueda de proveedores. También puede descargar una copia impresa del directorio de proveedores en nuestro sitio web.

**VHP recomienda que identificar al PCP de su recién nacido durante los últimos meses de embarazo. Comuníquese con un Representante de Servicios a Miembros para poder elegirlo.**

---

## Cambio de su Médico de cabecera

Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Para ello, debe llamar a Servicios a Miembros o solicitar el cambio por escrito. La fecha de entrada en vigor del cambio será el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud, siempre y cuando no reciba atención hospitalaria ni otro tipo de atención institucional en el momento de su solicitud. Si recibe algún tipo de atención institucional, analice su fecha de entrada en vigor con Servicios a Miembros.

Si es necesario, se le enviará por correo una nueva Tarjeta de identificación del VHP. En caso de que su PCP finalice su relación con VHP, VHP se lo notificará y le asignará uno nuevo.

---

## Selección de la Red de proveedores de atención primaria

**Lea la siguiente información para saber de quién o qué grupo de proveedores puede obtener atención de la salud.**

VHP es un plan de salud sin fines de lucro que opera como una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO). VHP tiene contrato con una red integral de Proveedores del Plan, incluidos, a modo de ejemplo, PCP, especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada y proveedores de equipos médicos duraderos (EMD) para atender a los miembros del grupo de empleadores comerciales. En una HMO, los PCP prestan todos los Servicios cubiertos a sus Miembros asignados y los coordinan. Cuando considere la selección de un PCP para usted o sus Dependientes, es importante tener en cuenta que su Red primaria (es decir, los médicos, hospitales y otros proveedores de atención física y del comportamiento) se basa en el PCP que usted elija. Por ejemplo, si selecciona un PCP afiliado a Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC), su Red primaria abarca a los proveedores afiliados a SCVMC. Una vez que se selecciona un PCP y una Red primaria, o que VHP le asigna un PCP y una Red primaria, debe recibir todos sus Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan afiliados a su Red primaria, excepto en el caso de Servicios de emergencia o de urgencia, o si VHP ha preautorizado los servicios. Excepto en una Emergencia o en el caso de que se requieran Servicios urgentes, si lo refieren a un proveedor del Plan no afiliado a su Red primaria o a un proveedor no contratado por VHP, el proveedor que lo refiera debe obtener una Autorización previa de VHP. Si VHP determina que sus necesidades físicas o conductuales pueden ser satisfechas dentro de su Red primaria, VHP puede negar la solicitud de servicios fuera de su Red primaria y autorizar los servicios con los Proveedores del Plan afiliados a su Red primaria.

En resumen, cada Miembro debe seleccionar un PCP en el momento de la inscripción. Si no se selecciona un PCP, VHP le asignará uno. El PCP y la afiliación de la red del PCP determinan la Red primaria donde recibirá sus servicios de atención de la salud física y conductual. Su PCP proporciona toda la atención médica básica y se coordina con VHP para

obtener la Autorización previa de los servicios hospitalarios optativos y de especialidad Médicamente necesarios. Consulte la sección “¿Dónde puedo ir para obtener atención de la salud?” en “Información general” para comprender cómo cambiar su PCP.

Para entender el significado de definiciones importantes, como Proveedores del Plan, Red primaria y Área de servicio, consulte la sección “*Definiciones*” de esta EOC.

# Acceso a la atención

---

Como Miembro de VHP, está seleccionando nuestro plan de salud para que le proporcione atención de la salud a usted o a su familia. Debe recibir todos los Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de servicio, excepto según se describe en la sección “Servicios de atención de emergencia y urgencia”. Mediante nuestro plan de salud, tiene acceso conveniente a todos los Servicios cubiertos que pueda necesitar, como Atención de rutina con su PCP, atención hospitalaria, salud mental, servicios de laboratorio y farmacia, así como otros Beneficios enumerados en la sección “Beneficios y costos compartidos”.

---

## Programación de citas

VHP ofrece una amplia selección de PCP en toda su Área de servicio. Para programar una cita, llame a la línea de citas en el consultorio de su PCP. Puede ver el número de teléfono de su PCP en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). Si necesita ayuda para encontrar el número de citas de su PCP, puede llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

VHP también proporciona una línea de asesoramiento de personal de enfermería gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.855.348.9119 (línea gratuita)**. También puede acceder a los servicios de idiomas sin costo mediante los Proveedores del Plan.

Los Miembros elegibles pueden obtener Servicios cubiertos mediante el acceso directo (autorreferido) de un obstetra/ginecólogo del Plan o el acceso directo de un médico y cirujano de práctica familiar del Plan (Proveedor del Plan).

VHP recomienda que llame con anticipación cuando programe las citas con su médico. Prepárese para proporcionar información, como su nombre, el número de identificación del VHP que figura en su Tarjeta de identificación del VHP, un número de teléfono durante el día para comunicarnos con

usted y el motivo de la visita (para que se pueda programar la hora adecuada de su cita). Para obtener una atención más inmediata o urgente, informe al personal de enfermería sobre la urgencia de su llamada y solicite la próxima cita disponible.

Si necesita cancelar una cita, asegúrese de comunicarse con el Proveedor del Plan de inmediato para que se pueda programar otro paciente. Siempre que sea posible, debe notificar con un mínimo de 24 horas de anticipación cuando cancele una cita.

En el momento de la cita con su médico, se le pedirá que muestre su Tarjeta de identificación del VHP. VHP recomienda que lleve su Tarjeta de identificación de VHP y otra forma de identificación en todo momento.

Cuando programe citas, o si necesita servicios lingüísticos, llame a Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para obtener asistencia en su idioma preferido o si tiene preguntas, comentarios o inquietudes. VHP ofrece asistencia lingüística por teléfono sin costo alguno para usted. También puede llamar a Servicios a Miembros para obtener un intérprete y hablar con su médico. Además, según lo exija el Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC), VHP proporcionará una traducción por escrito de documentos vitales, como solicitudes, formularios de queja o consentimiento, u otros materiales importantes de membresía. Si tiene preguntas sobre los servicios lingüísticos, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Obtención de atención de la salud primaria

El PCP que usted o sus Dependientes hayan elegido proporcionará o hará arreglos para la mayoría de sus Servicios cubiertos médicos generales, pediátricos y de obstetricia y ginecología de los Proveedores del Plan de VHP. Para garantizar una atención de la salud de calidad, debe programar con frecuencia controles generales y visitas al consultorio.

---

## Obtención de servicios de autorreferidos

VHP tiene contratos con sus Proveedores del Plan. Según la Red de Médicos de cabecera, puede autorreferirse a algunos especialistas selectos. Comuníquese directamente con el consultorio de su PCP o visite

[www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para obtener más información.

Todo Miembro de sexo femenino puede autorreferirse a un obstetra/ginecólogo del Plan. Para obtener servicios, llame a un obstetra/ginecólogo del Plan. Para encontrar un obstetra/ginecólogo, use la función de búsqueda de proveedores en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Los miembros también pueden llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para recibir información sobre cómo recibir una Autorización con el fin de acceder de forma directa a los servicios de salud mental con un Proveedor del Plan.

---

## Obtención de atención especializada y referidos

Su PCP coordinará toda la atención especializada u otros Servicios cubiertos.

Excepto por los servicios de autorreferido, antes de recibir servicios especializados de un Médico del Plan (como cirugía general, cirugía ortopédica o cardiología), debe recibir un referido de su PCP.

Su PCP obtendrá Autorización para servicios especializados. Su PCP le indicará cómo programar una cita para ver al especialista del Plan. Hacer una cita será su responsabilidad. Si recibe servicios de especialistas sin Autorización previa, es posible que tenga que hacerse cargo de estos. Es posible que el Director médico de VHP tenga que revisar los referidos a especialistas.

Cuando se haya proporcionado toda la información de referido necesaria, VHP les informará a usted y al médico su decisión en un plazo de cinco (5) días hábiles.

Si tiene una Afección crónica grave, incluido el VIH o el SIDA, que puede requerir un referido permanente para más de dos (2) visitas, su PCP involucrará a su Especialista del Plan y analizará la coordinación de su atención con usted. El proceso de Autorización previa mediante VHP es necesario para obtener estos servicios. Su PCP es responsable de solicitar y coordinar estos servicios para garantizar la continuidad de la atención. VHP le informará la decisión en un plazo de dos (2) días hábiles.

Si necesita servicios de salud mental/salud conductual, consulte la sección “Beneficios y costos compartidos” en “Servicios de salud mental”.

Para recibir más información sobre referidos y autorizaciones, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o consulte “Autorización y denegación de servicios” en esta sección.

---

## Disposición sobre el período de permanencia

**Debe tener en cuenta que la disposición sobre el período de permanencia de su Plan de beneficios requiere que obtenga todos los Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan en la Red de su Proveedor de atención primaria. Excepto en una emergencia o en una situación de atención de urgencia fuera del área, si busca y recibe servicios fuera de su Red de proveedores de atención primaria sin un referido autorizado o Autorización previa, es posible que sea responsable de los cargos.**

---

## Referido o atención cuaternaria

VHP ofrece una red de proveedores de atención cuaternaria que incluye centros de traumatología de nivel uno y dos, unidades de cuidados intensivos neonatales, servicios de perinatología, servicios oncológicos integrales, servicios cardíacos integrales y subespecialistas pediátricos disponibles 24 horas por día. En caso de que VHP no pueda prestar los servicios de atención cuaternaria necesarios, VHP facilitará la cobertura oportuna y adecuada de estos servicios mediante un proveedor fuera de la red, hasta que se contrate a un proveedor de la red, y coordinará la autorización y el pago en estas circunstancias. VHP ha contratado hospitales de atención cuaternaria que solo pueden utilizarse cuando los servicios no están disponibles de otro modo en la red primaria que eligió el miembro. Si quiere obtener más información sobre los referidos a estos centros o asistencia para hacer un referido a un hospital de atención cuaternaria no contratado para un miembro de VHP, comuníquese con el equipo de Gestión de la Utilización de VHP al 1.408.885.4647 (para TTY, comuníquese con la Retransmisión de California al 711 y proporcione el número 1.800.735.2929), y VHP identificará un proveedor para el referido necesario.

## Acceso oportuno a la atención

VHP proporciona y organiza la prestación de los Servicios cubiertos de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de la afección del Miembro y de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos en el ámbito profesional.

<b>Programación de citas</b>	<b>Tiempo de espera</b>
Servicios de emergencia	De inmediato
Citas de atención de urgencia que no requieren Autorización previa	48 horas después de la solicitud
Citas de atención de urgencia que requieren Autorización previa	96 horas después de la solicitud
Citas no urgentes con un PCP	10 días hábiles después de la solicitud
Citas no urgentes con un Médico de atención especializada (Specialty Care Physician, SCP), incluida la Atención obstétrica	15 días hábiles después de la solicitud
Citas no urgentes para Servicios auxiliares (para el diagnóstico o tratamiento de daños, enfermedades u otras afecciones de la salud)	15 días hábiles después de la solicitud
Tiempo de espera en el consultorio/la clínica ( <i>desde el tiempo de registro de la cita hasta el momento en que lo ve el médico/profesional</i> )	30 minutos (VHP estándar)

<b>Programación de citas para Proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias</b>	<b>Tiempo de espera</b>
Emergencia potencialmente mortal	De inmediato
Citas de atención de urgencia que no requieren Autorización previa	48 horas después de la solicitud

<b>Programación de citas para Proveedores de salud mental y trastornos por consumo de sustancias</b>	<b>Tiempo de espera</b>
Citas de atención de urgencia que requieren Autorización previa	96 horas después de la solicitud
Citas de atención no urgente con un psiquiatra	15 días hábiles después de la solicitud
Citas no urgentes con un Proveedor no médico de salud mental o trastorno por consumo de sustancias	10 días hábiles
Citas de seguimiento no urgentes con un Proveedor no médico de atención de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias	10 días hábiles después de la cita previa
Citas no urgentes para Servicios auxiliares relacionados con trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	15 días hábiles
Tiempo de espera en el consultorio/la clínica ( <i>desde el tiempo de registro de la cita hasta el momento en que lo ve el médico/profesional</i> )	30 minutos (VHP estándar)

Los estándares de acceso oportuno a la atención de VHP incluyen los siguientes:

- Una “línea de asesoramiento de personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana” para la selección telefónica a la que los Miembros pueden llamar en cualquier momento para obtener un triaje o una selección con el fin de determinar la urgencia de la necesidad de atención del Miembro.
- Un sistema de autorización implementado que permite a los Miembros autorreferirse mediante el acceso directo a obstetras/ginecólogos o la obtención de referidos permanentes a especialistas del Plan. Este sistema de autorización incluye referidos oportunos para otros Servicios cubiertos Médicamente necesarios mediante la red de Proveedores del Plan.
- Un proceso para programar o reprogramar citas de atención de la salud. Visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para encontrar Proveedores del Plan, incluida la atención de emergencia y de urgencia. En el sitio web, se detallan los números de teléfono de

los proveedores y se le brinda el horario de atención de la Clínica de Atención de Urgencia. Muchas de nuestras clínicas de atención de urgencia ofrecen servicios de atención de urgencia sin cita previa/autorreferido en el mismo día. Las citas no son necesarias, pero puede ahorrarle tiempo si llama con anticipación.

- Un Departamento de Servicios a Miembros, con representantes que hablan inglés, vietnamita y español, que ofrecen asistencia para obtener servicios de atención de la salud cubiertos y resolver problemas de atención de la salud de los Miembros. Hay otros servicios de interpretación, según sea necesario, en el momento de la cita o en la interpretación de documentos críticos, como los necesarios durante el Proceso de Quejas formales del Plan.
- Normas de práctica reconocidas en el ámbito profesional utilizados para determinar los tiempos de espera al programar citas que cumplan con los requisitos legislativos. Dichos estándares no prohíben que el Plan o los Proveedores del Plan se adapten a la preferencia de un Miembro de esperar una cita posterior de un Proveedor del Plan específico.

Para obtener más información sobre el acceso oportuno a la atención, incluidos los servicios de idiomas, comuníquese con Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Obtención de atención en el hospital o en otros centros

VHP tiene contrato con varios hospitales en toda su Área de servicio. Excepto en caso de emergencia, el Plan debe haber autorizado los Servicios hospitalarios.

Puede llamar a los servicios de la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1.855.348.9119 (número gratuito)**.

Para recibir cualquier Servicio cubierto Médicamente necesario en un hospital o centro de salud, su Médico de cabecera se encargará de todos los Servicios cubiertos en un hospital o centro de salud del Plan, incluida la atención en régimen de hospitalización, de transición o la proporcionada en un Centro de cuidados subagudos o de enfermería especializada. Se requiere autorización para recibir atención en todas los centros y se debe notificar a VHP de toda atención de este tipo antes de la admisión o, como en el caso de una emergencia, tan pronto como sea posible después.

En el caso poco frecuente de que los Servicios cubiertos no puedan prestarse en los Centros del Plan, su PCP coordinará con VHP un referido Autorizado previamente. Si recibe servicios sin Autorización previa o si recibe servicios fuera de la Red de proveedores del Plan VHP, es posible que sea responsable de los cargos.

En caso de Emergencia, y si no puede acudir con seguridad a un Hospital del Plan, debe llamar al 911 o buscar atención en el hospital más cercano. Consulte la sección “Servicios de Atención de emergencia y urgencia”.

---

## Obtención de atención fuera de la red

Antes de salir del Área de servicio, es importante que obtenga cualquier atención (como la atención de rutina o la atención previsible para las afecciones crónicas graves) que sepa que será necesaria antes de su regreso. Por ejemplo, si necesita diálisis u oxigenoterapia de rutina y sabe que necesitará un tratamiento durante su ausencia, debe hacer arreglos para obtener la terapia necesaria antes de salir de su Red o trabajar con su PCP con el fin de obtener la Autorización previa para esta atención de un Proveedor fuera de la red/Área de servicio.

Los servicios que reciba mientras esté Fuera de la red, que puedan preverse y no hayan sido Autorizados previamente, no se consideran Servicios de urgencia o de emergencia. Si demora en recibir o hacer arreglos para esta atención hasta que esté Fuera de la red, VHP no pagará su atención y usted deberá hacerse cargo del costo total de dichos servicios.

En caso de Servicios de urgencia, llame a la línea de asesoramiento de personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.855.348.9119 (número gratuito)**. El personal de enfermería asesorará y lo dirigirá a la atención adecuada. El número de teléfono también está impreso en su Tarjeta de identificación de VHP. También debe notificar a VHP al **1.888.421.8444 (línea gratuita)** y, según sea necesario, dejar un mensaje. Consulte la sección “Servicios de Atención de emergencia y urgencia”.

En caso de Emergencia, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. Consulte la sección “Servicios de Atención de emergencia y urgencia”.

---

## Obtención de atención de la salud en un centro dentro de la red a cargo de un Proveedor Fuera de la red

En algunos casos, un proveedor que no pertenece al plan puede prestar Servicios cubiertos en un Centro Dentro de la red donde hayamos autorizado que reciba atención. Usted no es responsable de ningún importe más allá de su costo compartido por los Servicios cubiertos que recibe en los Centros del Plan donde hemos autorizado que reciba atención.

---

## Autorización y denegación de servicios

VHP contrata a sus PCP y Proveedores del Plan que son responsables de prestar y coordinar los Servicios o Beneficios cubiertos para sus Miembros. Excepto en el caso de Servicios de emergencia o de urgencia, o si VHP ha autorizado los servicios por adelantado, usted debe recibir toda su atención de estos proveedores contratados. Los servicios no recibidos del PCP del Miembro requieren un referido (a menos que dichos servicios sean elegibles para autorreferido según se define en esta EOC) o una Autorización previa. Los plazos relacionados con la Autorización y la Denegación de servicios se describen en esta sección en "Obtención de atención especializada y referidos".

Su PCP presta, arregla o coordina todos los Servicios cubiertos. Para que los Miembros reciban Servicios cubiertos que requieran un referido o una Autorización previa, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Un PCP de VHP debe iniciar dicho referido a un especialista en nombre del Miembro y presentarla para su aprobación o Denegación.
- En el caso de los servicios que requieren Autorización previa, la Autorización previa debe aprobarse antes de que un Miembro reciba los servicios.

Si desea obtener más detalles sobre la disposición de referido de su Plan de beneficios o el proceso de Autorización, puede comunicarse con Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o consultar esta sección en "Obtención de atención especializada y referidos".

Se notifica por escrito a los Miembros sobre las Autorizaciones y Denegaciones.

Si cree que su PCP u otro Proveedor de VHP ha denegado de forma indebida una solicitud de tratamiento o servicios, puede presentar una Queja formal de esa decisión. Para eso, debe llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** dentro de los 180 días de la Denegación inicial. Si el servicio que solicitó sigue siendo denegado, puede presentar una Queja formal del Miembro de VHP como se describe en la sección “Asistencia de Servicios a Miembros” en “Quejas formales del Miembro”.

Las solicitudes que involucren una amenaza inminente y grave para su salud recibirán una revisión acelerada según lo requiera la urgencia de la situación.

En caso de que no esté conforme con alguna acción o ajuste que haya hecho su Proveedor del Plan o VHP, debe seguir los procedimientos de “Quejas formales del Miembro” en la sección “Asistencia de Servicios al Miembro” en “Quejas formales del Miembro”. Además, también puede comunicarse con el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California. Consulte la sección “Asistencia de Servicios a Miembros” en “Línea de ayuda al consumidor del DMHC” para obtener más detalles.

---

## Segundas opiniones médicas

Se pueden obtener segundas opiniones con un Médico del Plan que sea un profesional médico debidamente calificado para su afección. Si no hay un Médico del Plan que sea un profesional médico debidamente calificado para su afección, se puede autorizar previamente a un Médico que no pertenece al Plan para dar una segunda opinión. A los fines de esta disposición de “Segunda opinión”, un “profesional médico debidamente calificado” es un médico que actúa dentro de su ámbito de práctica y que posee antecedentes clínicos, incluidos capacitación y experiencia, relacionados con la enfermedad o afección asociada con la solicitud de una segunda opinión médica. Solo se aprueba una sola consulta en el caso de las segundas opiniones con Médicos que no pertenecen al Plan. Un Médico del Plan debe completar el tratamiento continuo contra su afección médica.

Estos son algunos ejemplos de cuándo se puede proporcionar o autorizar una segunda opinión:

- No sabe si es razonable o necesario el procedimiento que ha recomendado el Médico del Plan.

- Cuestiona un diagnóstico o plan de atención para una afección que amenaza con un deterioro sustancial o la pérdida de la vida, las extremidades o las funciones corporales.
- Le resultan poco claras, complejas o confusas las indicaciones clínicas.
- Duda de un diagnóstico debido a resultados de pruebas contradictorios.
- El Médico del Plan no puede diagnosticar la afección.
- El plan de tratamiento en progreso no mejora su afección médica dentro de un período adecuado, dado el diagnóstico y el plan de atención.
- Tiene inquietudes sobre el diagnóstico o el plan de atención.

Si quiere solicitar una segunda opinión médica, puede hacer los arreglos necesarios con su PCP de VHP, su proveedor de VHP o su representante de Servicios a Miembros de VHP. Según sea necesario, puede pedirle ayuda para seleccionar el proveedor que quiera dentro de la Red de Médicos del Plan de la misma especialidad o equivalente. Se determinarán las decisiones con respecto a las solicitudes de segundas opiniones médicas y se notificará al Miembro y al Proveedor dentro de los siguientes plazos:

- Solicitudes de Servicios de emergencia: dentro de dos (2) a seis (6) horas.
- Solicitudes de Servicios de urgencia: dentro de las 24 horas.
- Solicitudes de rutina: dentro de los cinco (5) días hábiles.

Si busca una segunda opinión médica de los Servicios de emergencia después del horario de atención normal, llame a nuestra línea de asesoramiento de personal de enfermería, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1.855.348.9119 (número gratuito)**. El siguiente día hábil, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**, que le brindará ayuda para resolver su inquietud o, si es necesario, presentar una Queja formal como se describe en la sección "Asistencia de Servicios a Miembros" en "Quejas formales de Miembros". Además, también puede comunicarse con la División de Planes de Salud del Departamento de Atención de la Salud Administrada de California; consulte la sección "Asistencia de Servicios a Miembros" en "Línea de ayuda al consumidor del DMHC" para obtener más detalles.

## Continuidad de la atención

Si usted o sus Dependientes tienen una Afección aguda, una Afección crónica grave, un Embarazo, una Enfermedad terminal, una Afección de salud mental materna, o su hijo recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses recibe atención médica, es posible que sea elegible para continuar recibiendo tratamiento de su proveedor (p. ej., médico u hospital) si ocurre algo de lo siguiente:

- Su Proveedor tratante del Plan finaliza como Proveedor del Plan VHP.
- Usted recibe atención de un proveedor no participante en el momento de su inscripción en VHP.

En esta sección, se describen los Servicios cubiertos de esta continuidad de la atención. Tiene derecho a solicitar una copia de la política de continuidad de la atención del Plan. Para solicitar una copia de esta política, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

El proveedor prestará los Servicios cubiertos de continuidad de la atención se prestarán a los Miembros calificados. El tratamiento se proporcionará de manera oportuna y adecuada, según lo determine el Médico del Plan. En caso de que la Miembro esté embarazada, se proporcionará continuidad de la atención. Los Servicios cubiertos se proporcionarán hasta que se completen los servicios posparto relacionados con el parto o hasta el momento en que se considere apropiado. Los Proveedores del Plan consultarán con el proveedor de la Miembro para determinar cuándo es seguro transferirla.

Finalización de los Servicios cubiertos después de la terminación de un Proveedor del Plan o la inscripción en el Plan:

- En el caso de una Afección aguda, se prestarán mientras dure la afección.
- En el caso de una Afección crónica grave, se prestarán durante un período necesario para completar el curso del tratamiento y para coordinar una transferencia segura a un Proveedor del Plan. La finalización de los Servicios cubiertos no excederá los 12 meses.
- En el caso de un Embarazo, se prestarán durante el Embarazo.
- En el caso de una Afección de salud mental materna que afecta a una mujer durante el embarazo, el período periparto o posparto, o

que surge durante el embarazo, en el período periparto o posparto, la finalización de los Servicios cubiertos de salud mental materna no debe exceder los 12 meses desde el diagnóstico o desde el final del embarazo, lo que ocurra más tarde.

- En el caso una enfermedad terminal, se prestarán mientras dure la enfermedad. La enfermedad terminal para la continuidad de la atención se define como una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un (1) año o menos. La finalización de los Servicios cubiertos se proporcionará mientras dure la enfermedad terminal, que puede exceder los 12 meses a partir de la fecha de finalización del contrato del Proveedor del Plan o los 12 meses a partir de la Fecha de entrada en vigor de la Cobertura para un nuevo Miembro.
- En el caso de la atención de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses. La finalización de los Servicios cubiertos no excederá los 12 meses.
- En el caso de la realización de una cirugía u otro procedimiento que haya autorizado el Plan como parte de un curso de tratamiento documentado y que haya recomendado y documentado el proveedor actual en el momento de la inscripción o la finalización del Proveedor del Plan. La finalización de dichos Servicios cubiertos quirúrgicos debe realizarse dentro de los 180 días.
- En el caso de los nuevos afiliados que pasen de un plan de salud a otro debido a que el plan de salud se retiró del mercado o dejó de ofrecer el producto correspondiente en el Área de servicio del afiliado.

Para recibir la continuación de la atención de su proveedor o del Proveedor del Plan, debe obtener una Autorización previa por escrito de VHP. En esta autorización, se indicará la cantidad predeterminada de tiempo que podrá continuar recibiendo atención de su proveedor actual.

Solo se proporciona un referido por escrito para la continuidad de la atención si se acaba de afiliarse o si su proveedor es un proveedor que ha terminado su relación con VHP, cuando se produzca lo siguiente:

- La demora en la prestación de los servicios causará la pérdida de la continuidad de la atención.
- Los servicios para la afección son, de otro modo, Beneficios Médicamente necesarios cubiertos en virtud de los términos de su Cobertura con VHP cuando los prestan Proveedores del Plan.
- Los servicios se proporcionan dentro del Área de servicio.

- Su cobertura con VHP está en vigor.
- El Proveedor que ha terminado su relación con VHP o el Proveedor Fuera de la red firma un nuevo contrato temporal con VHP, y el Proveedor que ha terminado su relación con VHP no fue dado de baja por motivos que no sean una causa disciplinaria médica, actividad delictiva o la finalización voluntaria del proveedor.

Su cobertura con VHP no incluye una opción Fuera de la red.

Para solicitar los Servicios cubiertos de continuidad de la atención, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para informar a VHP que ya no puede recibir servicios de su Proveedor del Plan o cuando su Proveedor del Plan le notifique que finalizará su relación con VHP. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad.

---

## Revisión médica independiente

Una de las exclusiones principales del VHP incluye servicios que no son Médicamente necesarios. El Director Médico del Plan determina si un servicio o suministro es Médicamente necesario en función de una revisión objetiva y sujeta a los procedimientos de Quejas formales del Plan. Sin embargo, si VHP niega sus servicios de atención de la salud sobre la base de que el servicio no es Médicamente necesario, usted, la persona que usted designe o su médico pueden solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR). Antes de iniciar una IMR, debe haber completado el proceso de Queja formal de VHP o haber participado en el proceso de Queja formal con respecto a un Servicio cubierto en disputa durante, como mínimo, 30 días.

El Centro de Ayuda del Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC) opera el Programa de Revisión médica independiente, que es un proceso de revisión que realizan profesionales de atención médica que no están asociados con VHP. Estos médicos y otros profesionales de atención médica fuera de VHP toman una decisión independiente sobre su atención de la salud.

Debe presentar una solicitud de IMR al DMHC dentro de los seis (6) meses siguientes a la recepción de una Denegación del Plan. Solo puede solicitar una revisión de un servicio que sea un Beneficio cubierto. Para obtener

más información sobre el proceso de IMR, puede acceder al sitio web del Departamento de Atención de la Salud Administrada en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) (Preguntas y respuestas sobre IMR) o llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Si los servicios se deniegan porque son Tratamientos experimentales o en investigación, que son Beneficios no cubiertos, tiene derecho a solicitar una IMR del DMHC sin participar primero en el proceso de Quejas formales de VHP. La solicitud de IMR para revisar los Tratamientos experimentales o en investigación debe basarse en los siguientes requisitos que el Médico del Plan del Miembro certifica que la enfermedad o afección tiene las siguientes características:

- Es Potencialmente mortal y Gravemente debilitante.
- Debido a una afección terminal que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de dos (2) años y que su Médico del Plan certifica que las terapias estándar utilizadas no han sido eficaces para mejorar la afección, no serían médicamente apropiadas o para las que no hay otra terapia estándar beneficiosa que cubra el plan que el fármaco, dispositivo, procedimiento o terapia propuestos.
- El fármaco, dispositivo, procedimiento u otra terapia específica recomendada por el Médico del Plan sería un Beneficio cubierto, excepto si el Plan determina que la terapia es Experimental o en investigación.

Nada de lo dispuesto en esta sección impedirá que un Miembro solicite asistencia directamente al Departamento en los casos que impliquen una amenaza inminente o grave para la salud del Miembro o cuando el Departamento determine que se justifica una revisión previa. En tales casos, el Departamento puede requerir que el plan y los proveedores contratados aceleren la entrega de información.

Para obtener más información sobre la línea de ayuda al consumidor del DMHC o el proceso de Quejas formales del Plan, consulte la sección "Asistencia de Servicios a Miembros".

---

**Sitio web de VHP: [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org)**

En el sitio web de VHP, se presenta información como los Servicios/beneficios cubiertos, los Proveedores de la Red de VHP y sus ubicaciones, e información sobre el bienestar que incluye una guía de prevención y

vacunas recomendadas. También habrá una lista de números de teléfono para que llame si tiene que programar citas con su Médico de cabecera (PCP), comunicarse con una farmacia de la Red de VHP, programar citas con una clínica de autorreferido (obstetra/ginecólogo y algunos especialistas según su Red de PCP) o conocer las formas de comunicarse con Servicios a Miembros de VHP. Este sitio web se actualizará según sea necesario.

---

## Boletín informativo de VHP – Perspectives

VHP publica el boletín Perspectives, como mínimo, una vez al año. Incluye artículos y enlaces a páginas en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) que proporcionan a sus Miembros cambios legislativos, acceso a consejos sobre la atención, consejos de salud, perfiles de médicos y otra información importante para los Miembros. Para obtener copias del boletín informativo Perspectives más reciente de VHP, comuníquese con Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Uso de su Tarjeta de identificación de VHP

Después de inscribirse, usted y cada Dependiente cubierto recibirán una Tarjeta de identificación de VHP. Tenga a mano su Tarjeta de identificación de VHP cuando llame para pedir una cita o vaya a un centro médico para recibir atención.

**Tenga en cuenta lo siguiente: Su Tarjeta de identificación de VHP es solo para identificación. Para recibir Servicios cubiertos, debe ser un Miembro elegible. A cualquier persona que no sea Miembro de VHP en el momento de recibir los servicios se le cobrará por los servicios recibidos. Si permite que otra persona use su tarjeta, se puede cancelar su membresía.**



# Beneficios y costos compartidos

---

Puede encontrar ciertas definiciones de términos utilizados para describir sus beneficios en la sección “Definiciones” de este manual. En todo el documento, estos términos definidos llevarán mayúsculas. Por ejemplo: Servicios cubiertos, Médicos del Plan.

Usted y sus Dependientes son elegibles para recibir una amplia gama de Beneficios médicos y hospitalarios cuando los necesiten. En esta sección, se describen los Servicios cubiertos estándar que puede obtener mediante su Plan de beneficios.

Tómese unos minutos para leer estas descripciones, las secciones “Servicios de atención de emergencia y urgencia”, así como “Exclusiones y limitaciones” para comprender bien el alcance de sus Beneficios.

Usted es responsable de los Costos compartidos o la participación en los costos de su Miembro (p. ej., Deducibles, Coseguro y Copagos) y de los costos particulares debido a las exclusiones y limitaciones que se aplican a un Beneficio específico. Ninguno de los Costos compartidos excederá el costo real del servicio del Plan. Por ejemplo, si las pruebas de laboratorio cuestan menos que el Copago de \$45, el importe menor es el importe de Costos compartidos correspondiente.

**Nota: El importe en dólares de Deducibles, Coseguro y Copagos puede ser de \$0 (sin cargo). Para obtener información sobre los Costos compartidos, consulte el “Resumen de beneficios y cobertura” y la “Matriz del programa de beneficios y cobertura” correspondientes.**

A excepción de los Servicios de emergencia, los Servicios de urgencia, los Servicios autorizados previamente o los Servicios de autorreferido del Miembro, los Servicios cubiertos deben cumplir con lo siguiente:

- Prestarlos, recetarlos, coordinarlos o dirigirlos su PCP o un Médico del Plan para obtener la Autorización.
- Obtenerse de Proveedores del Plan dentro de la Red de VHP.
- Prestarse a un Miembro para tratar una enfermedad o daño (a menos que esté se cubran específicamente como servicios preventivos de salud o de rutina).

Los Auxiliares médicos y los médicos residentes pueden participar en su atención mediante VHP. Estos proveedores participarán en su atención solo con la supervisión directa de un médico tratante, y todas las decisiones de atención de la salud se tomarán mediante la consulta con el médico tratante. Las personas del centro del Proveedor del Plan le informarán sobre la participación de cualquier Auxiliar médico.

Si tiene más preguntas sobre los Servicios cubiertos, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Servicios profesionales

Los servicios profesionales incluyen servicios médicos que cubre su Plan de beneficios. Los Servicios cubiertos se reciben de su PCP o Especialista del Plan (o de otros Proveedores del Plan) e incluyen los siguientes:

- Servicios de un Médico de cabecera (PCP).
- Atención de especialistas del Plan.
- Servicios médicos del Plan hospitalario para pacientes hospitalizados.
- Atención médica del Plan para pacientes ambulatorios.
- Servicios médicos del Plan hospitalario para pacientes ambulatorios.

---

## Servicios para pacientes ambulatorios

Su Plan de beneficios cubre la Atención para pacientes ambulatorios cuando se recibe de sus Proveedores del Plan. La Atención de rutina o de urgencia se coordinan o proporcionan mediante su PCP o Médico del Plan e incluyen muchos de los servicios preventivos y de diagnóstico frecuentes que necesitará. No hay límite para la cantidad de visitas (salvo las limitaciones definidas).

Puede autorreferirse directamente a un Médico del Plan para recibir servicios de obstetricia/ginecología.

Los Servicios cubiertos para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Visitas pediátricas/de bienestar infantil, así como pruebas de selección de experiencias adversas en la niñez, visitas periódicas al consultorio, servicios de laboratorio de diagnóstico, vacunas, servicios de asma pediátrica y pruebas para detectar fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) y tratamiento contra esta. La edad, el estado de salud y las necesidades médicas del niño determinan la frecuencia de estos exámenes.
- Selección de experiencias adversas en la infancia, que se refiere a un evento, serie de eventos o conjunto de circunstancias que vive una persona como física o emocionalmente perjudicial o amenazante, y que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento y el bienestar físico, social, emocional o espiritual de la persona.
- Exámenes de salud periódicos para la atención de rutina, incluidas vacunas, servicios de laboratorio de diagnóstico, pruebas de Papanicolaou, pruebas de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) y todas las pruebas de selección de cáncer generalmente aceptadas desde el punto de vista médico. La frecuencia se basa en la Necesidad médica, la edad y las características demográficas.
- El plan proporcionará cobertura sin ningún costo compartido para realizar una prueba de selección de cáncer colorrectal a la que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) haya asignado un grado A o B. El Plan también proporcionará cobertura sin costo compartido para realizar la colonoscopia necesaria para obtener un resultado positivo en una prueba o procedimiento, que no sea una colonoscopia, que es un examen de selección de cáncer colorrectal o una prueba de laboratorio identificado a la que el USPSTF haya asignado un grado A o B.
- El miembro con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4 no deberá solicitar una Autorización previa para realizar las pruebas de biomarcadores. El miembro con cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4 tampoco deberá solicitar una Autorización previa para realizar las pruebas de biomarcadores con el fin de determinar el progreso o la recurrencia del cáncer. Se

requiere Autorización previa para las pruebas de biomarcadores que no son una terapia aprobada por la FDA para tratar el cáncer avanzado o metastásico en estadio 3 o 4.

- Todos los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU., de grado A y B; atención preventiva y exámenes de selección respaldados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud; y vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estos servicios no tendrán ningún requisito de costo compartido.
- Exámenes físicos para la atención de rutina, incluidos los servicios de laboratorio de diagnóstico y las pruebas para detectar PKU y el tratamiento contra esta. Exámenes de selección de la vista y la audición para determinar la necesidad de corrección de la vista o la audición según lo que proporcione su PCP.
- Exámenes para mujeres sanas, incluidos servicios de laboratorio de diagnóstico, examen pélvico y de mamas, prueba de Papanicolaou y otras pruebas de diagnóstico simples. La prueba anual de selección cervical incluye pruebas de Papanicolaou, una prueba de selección del virus del papiloma humano aprobada por la FDA federal y la opción de cualquier prueba de detección de cáncer cervical aprobada por la FDA (es decir, prueba de preparación a base de líquidos). Puede autorreferirse a un obstetra/ginecólogo dentro de la Red de VHP para realizarse un Examen de la mujer sana una vez por Año calendario.
- Mamografía para la atención de rutina, incluidos los procedimientos radiológicos y la interpretación de los resultados; la frecuencia se determina en función de la Necesidad médica, la edad y las características demográficas.
- Pruebas y tratamiento de alergias, incluidos servicios de suero e inyección.
- Servicios de dermatología para la Atención de rutina, incluidas preparaciones de diagnóstico, laboratorio y dermatológicas.
- Servicios de laboratorio de diagnóstico, incluidas radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios, medicina nuclear y servicios de laboratorio (incluidas las pruebas realizadas de forma ambulatoria en su centro del Plan o en el hospital).
- Los servicios de habilitación incluyen fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades. Los servicios de habilitación se cubren según sea

médicamente necesario. Los servicios y dispositivos de habilitación se cubren en virtud de los mismos términos y condiciones aplicados a los servicios y dispositivos de rehabilitación. No se combinarán los límites de los servicios y dispositivos de habilitación y rehabilitación.

- Pruebas y tratamiento del VIH, SIDA u otras enfermedades infecciosas; las pruebas del VIH se cubren independientemente de si están relacionadas con un diagnóstico primario.
- Vacunas e inyecciones, incluidas las vacunas contra la gripe, refuerzos contra el tétanos y la difteria, vacunas contra el SIDA, vacunas contra la hepatitis A y B, vacunas contra la neumonía neumocócica y vacunas según lo exija el Departamento de Servicios de Inmigración y Naturalización o según lo recomiende el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. o la Administración de Recursos y Servicios de Salud, o según lo indique el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC), incluidas las vacunas para viajes.
- Servicios de optometría o selección de la visión, incluida una amplia gama de pruebas de diagnóstico, que incluyen selección de cataratas, diabetes y glaucoma. Las exclusiones incluyen: en el caso de los adultos, se excluyen los marcos industriales, los lentes y marcos de gafas, los lentes de contacto, incluida su adaptación y dispensación, los dispositivos no implantados de ayuda para la visión baja y la corrección de la agudeza visual o de los errores de refracción, incluida la cirugía ocular, como la queratotomía radial.
- Servicios de podología para el tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies. La cobertura se limita a una afección médica que afecta los pies, como diabetes, enfermedad sistémica del pie, traumatismo o daño accidental del pie, que requiere atención de un profesional médico. Los aparatos ortopédicos se limitan a uno (1) por año, a menos que sean Médicamente necesarios y se hayan Aprobado previamente.
- Los servicios de terapia física, ocupacional, del habla y respiratoria para mantener o prevenir el deterioro de la afección física o mental crónica de un paciente, incluida la enfermedad mental grave, se limitan al tratamiento proporcionado en la cantidad, frecuencia o duración, según el Médico del Plan lo considere Médicamente necesario. La terapia ocupacional se limita a la atención con la que podrá lograr y mantener un mejor autocuidado. La fisioterapia incluye, entre otras, terapia acuática u otra terapia de agua que el Médico del Plan considere

Médicamente necesaria en el entorno adecuado.

- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, que incluyen cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios en un hospital o centro para pacientes ambulatorios, como, entre otros, angiografías y broncoscopías, quimioterapia y materiales médicamente adecuados. Los servicios para pacientes ambulatorios también incluyen asistente quirúrgico y anesthesiólogo, medicamentos, radiografías, suministros y sangre, hemoderivados y transfusiones (banco de sangre).
- Servicios de urgencia cuando se encuentra temporalmente fuera de su Red de Área de servicio. Se cubre la prestación de servicios Médicamente necesarios para una enfermedad o daño, cuyo tratamiento no puede retrasarse hasta que el Miembro regrese al Área de servicio y, si una persona razonable cree que su salud se deterioraría gravemente si usted retrasara el tratamiento.
- Cuando se determine que son Médicamente necesarios, se cubren los servicios de ambulancia y transporte, incluido el transporte de emergencia en ambulancia, ambulancia aérea y traslados de transporte médico entre centros, y el transporte médico y psiquiátrico que no sea de emergencia.

---

## Servicios para pacientes hospitalizados

### Servicios de hospitalización

Cuando sea Médicamente necesario, el Médico del Plan hará los arreglos necesarios para que pueda ingresar en el Hospital del Plan. Su Plan de beneficios cubre los Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cuando su Médico del Plan lo ha ingresado, se ha obtenido una Autorización previa o los Servicios de emergencia o de urgencia dan como resultado su hospitalización.

No hay límite para la cantidad de días de hospitalización, cuando los Proveedores del Plan los prestan en un Hospital del Plan.

Debe notificar a VHP si está internado en un centro, hospital o Centro de enfermería especializada en su Fecha de entrada en vigor de la cobertura para que pueda coordinar la atención que se prestará en el Centro u hospital del Plan tan pronto como su afección se haya estabilizado lo suficiente como para permitir la transferencia.

### Los Beneficios de Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluyen los siguientes:

- Habitación y comida semiprivadas, atención intensiva, quirófano, medicamentos para pacientes hospitalizados, laboratorio de radiografías, suministros, rehabilitación aguda, diálisis y sangre, hemoderivados y transfusiones (banco de sangre) Medicamento necesarios.
- Servicios auxiliares, como laboratorio, patología, radiología, radioterapia, escaneo de rayos catódicos, terapia respiratoria e inhalatoria, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios de diagnóstico y terapéuticos.
- Servicios de planificación del alta hospitalaria y coordinación y planificación de dicha atención continua.
- Suministros quirúrgicos y anestésicos prestados por el hospital como servicio habitual.
- Atención médica y de cirujano.
- Atención de enfermería especializada para pacientes hospitalizados.

---

### Servicios en Centros de enfermería especializada

La atención en Centros de enfermería especializada (SNF) se le proporciona la autoriza un Médico del Plan. VHP proporciona hasta 100 días por período de beneficios de servicios de enfermería especializada recetados y autorizados en un Centro del Plan.

La atención de enfermería especializada (para pacientes hospitalizados) prestada en un SNF o una cama de enfermería especializada en un Centro del Plan incluye lo siguiente:

- Servicios médicos y de enfermería.
- Habitación y comida.
- Medicamentos recetados por un Médico del Plan como parte de su plan de atención en el Centro de enfermería especializada del Plan de acuerdo con la guía de nuestro Formulario de medicamentos si el personal médico se los administra en el Centro de enfermería especializada del Plan.

- Equipo médico duradero de acuerdo con nuestro Formulario de equipos médicos duraderos si los Centros de enfermería especializada suelen suministrar el equipo.
- Servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio que normalmente proporcionan los Centros de enfermería especializada.
- Servicios sociales médicos.
- Sangre, hemoderivados y su administración.
- Suministros médicos.
- Terapia física, ocupacional y del habla.
- Tratamiento de salud conductual contra el trastorno del espectro autista.
- Terapia respiratoria.

La atención se limita a los servicios cubiertos Médicamente necesarios, que son especializados y exigidos todos los días, no son Atención de custodia y, en la práctica, solo pueden prestarse como paciente hospitalizado. La cobertura excluye los equipos médicos duraderos de uso doméstico que se destinan al confort o la comodidad, o los equipos o características de lujo.

La atención de enfermería especializada se limita a afecciones que no son de naturaleza crónica o a largo plazo. La atención en un SNF que requiera atención continua de enfermería especializada en régimen de internado queda excluida de su Plan de beneficios después de recibir 100 días de atención por cada periodo de beneficios. Los servicios de rehabilitación se limitan al tratamiento prestado en la cantidad, frecuencia o duración, según el Médico del Plan considere médicamente apropiado, y se cubrirán como Médicamente necesarios. Los servicios y dispositivos de rehabilitación se cubren en virtud de los mismos términos y condiciones aplicados a los servicios y dispositivos de habilitación. No se combinarán los límites de los servicios y dispositivos de habilitación y rehabilitación.

El período de beneficios comienza en la fecha en que ingresa en un hospital o Centro de enfermería especializada en un nivel de atención especializada. El período de beneficios finaliza transcurridos los sesenta (60) días consecutivos en que no haya recibido un nivel de atención especializada en un hospital o Centro de enfermería especializada. El nuevo período de beneficios puede comenzar solo después de que finalice todo período de beneficios actual. No se requiere una estadía previa de tres días en un hospital de atención intensiva. Las limitaciones de tratamiento diurno y de visita no se aplican al tratamiento de salud conductual contra el trastorno del espectro autista.

---

## Servicios de ambulancia y transporte

Si un médico del Plan determina que su afección requiere el uso de servicios que solo una ambulancia autorizada (o una furgoneta de transporte psiquiátrico) puede proporcionar y que el uso de otros medios de transporte pondría en peligro su salud. Estos servicios se cubren solo cuando el vehículo lo transporta entre instalaciones. Se harán arreglos, que autorizará su PCP o Director Médico del Plan, para el transporte médico y psiquiátrico que no sea de emergencia cuando sea Médicamente necesario.

En caso de una afección médica de emergencia que requiera una respuesta de emergencia, se le recomienda que utilice de manera adecuada el sistema de respuesta de emergencia "9-1-1" en áreas donde el sistema esté establecido y en funcionamiento. En caso de una emergencia en la que no exista un servicio de respuesta "9-1-1", diríjase al hospital más cercano con los medios más adecuados disponibles para usted. Los servicios de ambulancia, incluida la ambulancia aérea, son Servicios cubiertos con Autorización previa o cuando se utilizan de acuerdo con los servicios descritos en la sección "Servicios de atención de emergencia y urgencia".

---

## Medicamentos con receta

Cuando reciba una receta de su Médico del Plan, hágalo en una Farmacia del Plan. Su Médico del Plan coordina su atención de la salud para determinar cuándo necesita medicamentos y la dosis adecuada del formulario de VHP. Los medicamentos Médicamente necesarios (solo los medicamentos contra el dolor, antibióticos) que receta su dentista deben surtirse en su Farmacia del Plan. Los medicamentos oftálmicos Médicamente necesarios de rutina que receta su optometrista son un Beneficio cubierto solo cuando se autorizan y surten en una Farmacia del Plan. VHP no cubre otras recetas emitidas por dentistas u optometristas. Los medicamentos, suministros y medicamentos de venta libre (Over The Counter, OTC) no son un Beneficio cubierto, excepto según se especifica en este Acuerdo de membresía y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación. Quedan excluidos del Plan de beneficios los medicamentos que no sean Médicamente necesarios, incluidos los parches de viaje, los cosméticos, los productos y tratamientos a base de hierbas, los suplementos dietéticos y las ayudas para la salud o la belleza.

### Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Se cubren los siguientes medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios:

- Medicamentos para los cuales la ley exige una receta. Además, algunos medicamentos que no requieren una receta por ley si se incluyen en nuestro Formulario de medicamentos.
- Diafragmas, capuchón cervical, anillos anticonceptivos, parches anticonceptivos y anticonceptivos orales (incluidas los comprimidos anticonceptivos de emergencia) sin cargo.
- Se proporcionan a \$0 (sin cargo) todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos de OTC aprobados por la FDA cuando los receta su Médico del Plan y se surten en una Farmacia del Plan.
- Todos los medicamentos, dispositivos y otros productos para la mujer aprobados por la FDA incluidos en cada uno de los siguientes métodos: de barrera; hormonal; emergente; implantado y permanente.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar medicamentos y suplementos cubiertos
- Espaciadores de inhalación necesarios para inhalar los medicamentos cubiertos.

### Costos compartidos de los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

El Costo compartido de estos artículos es el siguiente. Para obtener una explicación del Deducible del medicamento, consulte “Deducible del medicamento” en esta sección.

Los medicamentos con receta se clasifican por niveles. Todos los Niveles pueden estar sujetos al Deducible de medicamentos en las siguientes condiciones:

- Medicamentos del Nivel 1: se aplica un Copago por un suministro de hasta 90 días.
- Medicamentos del Nivel 2: se aplica un Copago por un suministro de hasta 90 días.
- Medicamentos del Nivel 3: se aplica un Copago por un suministro de hasta 90 días.

- Medicamentos del Nivel 4: se aplica un Copago o Coseguro por un suministro de hasta 30 días.

Para obtener una explicación de las categorías de medicamentos del Nivel, consulte la “Matriz de cobertura y programa de beneficios” correspondiente. Ninguno de los Costos compartidos excederá el costo real del servicio del Plan. Por ejemplo, si las pruebas de laboratorio cuestan menos que el Copago de \$45, el importe menor es el importe de Costos compartidos correspondiente.

Los Costos compartidos del Miembro será el menor entre el precio minorista de la farmacia correspondiente a un medicamento con receta o el importe de los Costos compartidos aplicable al medicamento, y dichos costos se acumularán hasta el deducible y el límite máximo de gastos de bolsillo.

---

## Deducible del medicamento

En cualquier Año calendario, algunos planes de beneficios tienen un Deducible que se aplica a los medicamentos con receta cubiertos. Si su plan de beneficios incluye un Deducible, debe pagar todos los costos para alcanzar el Deducible cada Año calendario antes de que VHP cubra la receta con el Copago aplicable.

El Coseguro o el Copago de los medicamentos que no están incluidos en el Formulario, pero sí autorizados se acumulan para su máximo de bolsillo.

La cantidad total de Copagos y Coseguros que un afiliado debe pagar no debe exceder los \$250 por una receta individual de un suministro de hasta treinta (30) días de un medicamento con receta contra el cáncer administrado por vía oral, cubierto en virtud del Formulario del Plan. No es necesario que el afiliado cumpla con el Deducible de medicamentos antes de que se aplique el máximo de \$250 a los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral.

Medicamentos administrados (fármacos, inyectables, materiales radiactivos utilizados con fines terapéuticos y materiales para pruebas y tratamientos de alergia) recetados de acuerdo con la guía de nuestro Formulario de medicamentos, si se requiere la administración u observación de personal médico y se le administran en el consultorio de un Médico del Plan o durante las visitas a domicilio; no es necesario que cumpla con el Deducible de medicamentos para los siguientes artículos:

- Productos modificados con aminoácidos utilizados para tratar errores congénitos del metabolismo de aminoácidos (como fenilcetonuria).
- Medicamentos de quimioterapia contra el cáncer y algunos complementos críticos después de un diagnóstico de cáncer.
- Algunos fármacos para el tratamiento contra arritmias ventriculares potencialmente mortales.
- Diafragmas y tapas cervicales.
- Fármacos para el tratamiento contra la tuberculosis.
- Fórmula enteral alimentaria elemental cuando se usa como terapia primaria contra la enteritis regional.
- Píldoras anticonceptivas de emergencia.
- Medicamentos hematopoyéticos para diálisis y para el tratamiento contra la anemia en la insuficiencia renal crónica.
- Hormona de crecimiento humana para el tratamiento a largo plazo de pacientes pediátricos con retraso del crecimiento debido a la falta de secreción adecuada de la hormona de crecimiento endógena.
- En relación con un trasplante, inmunodepresores y profármacos de ganciclovir y ganciclovir para el tratamiento contra el CMV.
- Heparina de bajo peso molecular para terapia aguda contra trastornos trombóticos potencialmente mortales.
- Aglutinantes de fosfato para pacientes en diálisis con el fin de tratar la hiperfosfatemia en la enfermedad renal terminal.

Cualquier Copago o porcentaje de Coseguro no excederá el 50 % del costo del Plan.

---

## Algunos medicamentos, suministros y suplementos intravenosos

Cubrimos un suministro de hasta 30 días de ciertos fármacos intravenosos autoadministrados, fluidos, aditivos y nutrientes que requieren tipos específicos de infusión parenteral (como una infusión intravenosa o intraespinal), así como los suministros y equipos necesarios para su administración. En esta sección, no se cubren los medicamentos inyectables

ni la insulina. Consulte la sección “Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”.

---

## Suministros para análisis de orina y dispositivos de administración de insulina para la diabetes

VHP cubre un suministro de hasta 90 días de tiras reactivas de cetona en orina y comprimidos de azúcar. VHP cubre un suministro de hasta 90 días de los siguientes dispositivos de administración de insulina: dispositivos de administración de pluma, agujas y jeringas de insulina desechables, y ayudas visuales necesarias para garantizar una dosis adecuada (excepto gafas).

---

## Límite de suministro de días

El proveedor que receta determina qué cantidad de un medicamento, suministro o suplemento recetar. A los fines de los límites de cobertura de suministro diario, el proveedor que receta determina la cantidad de un artículo que constituye un suministro Médico necesario de hasta 30 o 90 días. Tras el pago de los Costos compartidos especificados en esta sección “Medicamentos, suministros y suplementos con receta para pacientes ambulatorios”, recibirá el suministro recetado hasta el límite de días de suministro también especificado en esta sección. El límite de días de suministro es un suministro de hasta 30 días para medicamentos especializados en un período de 30 días o un suministro de hasta 90 días para medicamentos no especializados en un período de 90 días. Si desea recibir más del límite de suministro de días cubierto, debe pagar cargos por cualquier cantidad recetada que supere el límite de suministro de días.

---

## Farmacias del Plan

Cuando surta una receta en una Farmacia del Plan, presente su Tarjeta de identificación del VHP y la receta al farmacéutico. No hay límites en la cantidad de medicamentos con receta que pueda haber surtido, siempre y cuando su Médico del Plan los recete. Sin embargo, la farmacia entregará un suministro de hasta 90 días si padece afecciones médicas crónicas graves. Es posible que deba pagar un copago por Unidad de medicamentos con receta. La farmacia le informará todos los cargos.

Todas las recetas deben surtirse en Farmacias del Plan. Su Beneficio de farmacia se limita a las recetas surtidas en una Farmacia del Plan. Solo las recetas para servicios de atención de emergencia o urgencia se cubrirán en una farmacia externa cuando no se pueda acceder a una Farmacia del Plan. Las recetas de medicamentos del formulario obtenidas de proveedores que no pertenecen a VHP y surtidas en farmacias que no pertenecen a VHP están sujetas al proceso de Autorización. Tras la revisión del Director Médico, puede denegarse el reembolso.

Los antibióticos y analgésicos de rutina Médicamente necesarios que receta su dentista son un Beneficio cubierto solo cuando se autorizan y surten en una Farmacia del Plan. Los medicamentos oftálmicos Médicamente necesarios de rutina que receta su optometrista son un Beneficio cubierto solo cuando se autorizan y surten en una Farmacia del Plan. VHP no cubre otras recetas emitidas por dentistas u optometristas.

Es posible que tenga que abonar los medicamentos perdidos o extraviados. El Administrador de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefits Manager, PBM) o el farmacéutico le informarán todos los cargos.

La fórmula contra la PKU y el reembolso de productos alimenticios especiales se limitan a la cantidad y la duración que el Médico del Plan considere Médicamente necesarios.

Las fórmulas especiales contra la alergia, p. ej., leche de vaca, soja o intolerancia a la lactosa, no son un Servicio cubierto por su Plan de beneficios.

Los medicamentos y suministros de venta libre (OTC) no son un Beneficio cubierto, excepto todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la FDA disponibles sin cargo, cuando los receta su Médico del Plan y se surten en una Farmacia del Plan.

Puede elegir que le envíen el medicamento con receta por correo a su hogar. No se le cobrará por este servicio de pedido por correo, pero es posible que la farmacia deba comunicarse con usted si su solicitud de servicios por correo no se puede surtir. Es importante que sus números de teléfono y su dirección postal estén actualizados en su farmacia del Plan. Para obtener más información sobre los servicios de pedidos por correo, consulte la sección "Opciones de resurtido de recetas". Para obtener más información, llame al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Opciones de resurtido de recetas

### Farmacias del Plan

Puede comunicarse con su Farmacia del Plan para que le resurtan la receta. La información sobre su receta se encuentra en la etiqueta.

### Farmacia de servicio por correo

Puede usar la farmacia de servicio por correo, que solo ofrece el envío de medicamentos con receta a su hogar. Una vez que la farmacia con servicio por correo surte una receta, esta no puede transferirse a otra Farmacia del Plan. Para obtener más información, llame al 1.888.421.8444 (número gratuito) o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Formulario de VHP

Los Médicos del Plan utilizan un amplio Formulario de medicamentos que incluye medicamentos de marca y genéricos equivalentes aprobados por la FDA. Su Médico del Plan coordina su atención de la salud para determinar cuándo necesita medicamentos y la dosis adecuada. Aunque un medicamento esté en el Formulario, no garantiza que su Médico del Plan se lo recete. Si el Médico del Plan especifica “No sustituir”, y hay un medicamento genérico equivalente disponible, la receta está sujeta al proceso de Autorización. Tras la revisión del Director Médico, las Farmacias del Plan pueden dispensar el medicamento genérico equivalente.

VHP delega el proceso de selección de medicamentos del Formulario a su Comité de Farmacia y Terapéutica (Pharmacy and Therapeutics Committee, P&T). El Formulario de VHP se ha preparado como referencia para todos los profesionales de la salud que comparten la responsabilidad del control de la atención al paciente, incluidos los Miembros de VHP. El Formulario se preparó para que lo publicara su proveedor de control de beneficios de farmacia con la dirección de VHP, el Director Médico y los Proveedores del Plan. El Formulario se preparó para que lo publicara el PMB de VHP con la dirección del P&T. El Formulario se publica en línea. Pueden hacerse adiciones y eliminaciones al Formulario durante el año debido a la medida del P&T transmitida al PBM. El PBM informa a los Proveedores y Miembros del Plan según corresponda. El registro de estos cambios se mantiene en las actas de P&T.

Para identificar si un medicamento específico está en el Formulario o para obtener una copia del formulario, llame al **1.866.333.2757 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Medicamentos con receta no incluidos en el Formulario, de urgencia o de emergencia

Es posible que se cubran los medicamentos Médicamente necesarios no incluidos en el Formulario si su Médico del Plan obtiene Autorización de VHP o del PBM. Los medicamentos con receta nuevos que no estén en el Formulario se autorizarán dentro de los cinco (5) días hábiles. Los medicamentos con receta urgentes o de emergencia que no están en el Formulario se autorizarán en 24 horas o en un (1) día hábil. Si se queda sin el medicamento con receta, llame a su Farmacia del Plan, Proveedor del Plan o a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Si se deniega la solicitud de Autorización, VHP les notificará a usted y a su Médico por escrito, dentro de los dos (2) días hábiles, el motivo de la Denegación. Se lo remitirá de nuevo a su Médico del Plan para que le ofrezca un tratamiento alternativo o para que se comunique con el Servicio de Atención al Cliente de VHP o PBM para obtener más asistencia. En el aviso, también se le brindará información sobre su derecho de disputar la Denegación. Si tiene preguntas, hable con su Farmacéutico o Proveedor del Plan, o llame al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

En caso de que el Miembro tenga que presentar una Queja formal ante el Plan, debe comunicarse con Servicios a Miembros de VHP. Si VHP deniega la Queja formal del Miembro, le informará al Miembro por escrito el motivo de la Denegación. En el aviso, también se brindará información al Miembro sobre su derecho de disputar la decisión.

Los medicamentos con receta de emergencia se surten de acuerdo con la receta del proveedor. Si necesita obtener una receta asociada con los Servicios de emergencia o los Servicios de urgencia Fuera de la red, lleve su receta a una Farmacia del Plan. Si no hay una farmacia del Plan disponible, VHP cubrirá la receta surtida en una Farmacia Fuera de la red. Llame al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org). Consulte la sección "Responsabilidad de pago y reembolso" en "Disposiciones de reembolso (reclamaciones)" para conocer los procedimientos de reembolso.

---

## Medicamentos que se recetan en el momento de la inscripción

Si, en el momento de la inscripción, toma medicamentos con receta, programe una cita con su Médico de cabecera para que evalúe su medicamento actual y su atención continua. Si su Proveedor del Plan determina que necesita un medicamento con receta, recibirá una receta para su medicamento actual o una nueva para un medicamento del Formulario que surta el mismo.

---

## Servicios de farmacia para pacientes hospitalizados

En el caso de la atención para pacientes hospitalizados, los Servicios cubiertos incluyen los medicamentos, los suministros y los suplementos. Los medicamentos y suplementos para pacientes hospitalizados en hospitales y otros centros se suministran de acuerdo con la receta de su Médico y el Formulario del Plan.

---

## Equipo médico duradero: suministros y equipos médicos

Su Plan de beneficios cubre suministros y equipos médicos mediante Proveedores del Plan de equipos médicos duraderos (EMD). La cobertura se limita al equipo básico Médicamente necesario que satisface de manera adecuada sus necesidades médicas.

Su Médico del Plan se los recetará cuando sea Médicamente necesario. Si se requiere Autorización previa (p. ej., EMD y prótesis), su PCP o el Médico del Plan lo coordinarán.

Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Equipo médico duradero.
- Aparatos correctivos.
- Prótesis.
- Ortesis con receta.
- Oxígeno y equipo de oxígeno.

VHP o su Proveedor del Plan determinarán si se reparan, en lugar de reemplazar, las prótesis.

---

## Equipo médico duradero para uso en el hogar

Dentro del Área de servicio, VHP cubre el equipo médico duradero especificado en esta sección para usar en su hogar (u otro lugar que use como su hogar) de acuerdo con la guía del Formulario de equipos médicos duraderos. El equipo médico duradero para uso en el hogar es un artículo destinado a un uso repetido, utilizado principal y habitualmente para servir a un propósito médico, pero que no suele ser útil para una persona que no está enferma o lesionada, y que es apropiado para su uso en el hogar.

La cobertura se limita al equipo estándar que satisface de manera adecuada sus necesidades médicas. Se proporciona equipo médico duradero cubierto (incluida la reparación o el reemplazo del equipo cubierto). VHP decidirá si alquila o compra el equipo y seleccionará al proveedor. Debe devolver el equipo a VHP o pagar el precio justo de mercado del equipo cuando VHP ya no lo cubra.

Dentro de nuestra Área de servicio, cubrimos los siguientes equipos médicos duraderos para uso en el hogar (u otro lugar que use como su hogar):

- Análisis de sangre para detectar diabetes, monitores de glucosa en sangre y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de lancetas).
- Bombas de infusión (como bombas de insulina) y suministros para operar la bomba (pero sin incluir insulina ni ningún otro medicamento).
- Mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de reemplazo.
- Muletas estándar o del antebrazo y suministros de reemplazo.
- Almohadilla de presión seca para un colchón.
- Nebulizador y suministros.
- Medidores de flujo máximo.
- Portasueros.
- Tubo de traqueostomía y suministros.
- Bomba enteral y suministros.

- Estimulador óseo.
  - Tracción cervical (sobre la puerta).
  - Mantas de fototerapia para tratar la ictericia en recién nacidos.
- 

## Prótesis y ortesis

Las prótesis incidentales a la cirugía incluyen, entre otras, las siguientes:

- Prótesis y accesorios de instalación para restablecer un método de habla tras la extirpación total o parcial de la laringe (esta cobertura no incluye las máquinas electrónicas de producción de voz, que no son prótesis).
- Extremidades y ojos artificiales.
- Suministros necesarios para el funcionamiento de las prótesis.
- Instalación inicial y sustitución tras la vida útil prevista del artículo.

Para conocer las prótesis que se implantan por medios quirúrgicos y otras que se ofrecen para restaurar y lograr la simetría incidental a una mastectomía, consulte la sección “Servicios de cirugía reconstructiva, cosmética y bariátrica (pérdida de peso)” en “Cirugía reconstructiva”. El Plan cubre hasta tres sostenes, necesarios para sostener una prótesis, cada 12 meses, según sea necesario para una mastectomía Médicamente necesaria.

VHP no cubre la mayoría de las prótesis y ortesis, pero sí cubrimos dispositivos como se describe en esta sección “Prótesis y ortesis” si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El dispositivo es de uso general, está diseñado para uso repetido y se utiliza principalmente y habitualmente para fines médicos.
- El dispositivo es el dispositivo estándar que satisface de manera adecuada sus necesidades médicas.
- Recibe el dispositivo de un Proveedor del Plan.

La cobertura incluye la instalación y el ajuste de estos dispositivos, su reparación o sustitución (a menos que se deba a la pérdida o al mal uso) y los Servicios para determinar si necesita una prótesis o una ortesis. Si cubrimos un dispositivo de reemplazo, entonces usted paga el Costo compartido que pagaría por obtener ese dispositivo.

---

## Suministros médicos, equipos y otros dispositivos externos

Los suministros médicos se limitan a equipos y dispositivos que están destinados a un uso repetido durante un período prolongado, no se consideran desechables (con la excepción de las bolsas de ostomía y los suministros para personas con diabetes), son solicitados por su Médico del Plan, no duplican la función de otra pieza de equipo o dispositivo cubierto por VHP, no suelen ser útiles para usted en ausencia de una enfermedad o daño, sirven principalmente para un propósito médico y son apropiados para su uso en el hogar.

VHP cubre las siguientes prótesis y ortesis externas:

- Prótesis y accesorios de instalación para restablecer un método de habla tras la extirpación total o parcial de la laringe (esta cobertura no incluye las máquinas electrónicas de producción de voz, que no son prótesis).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Médicamente necesaria, que incluyen las siguientes:
  - Prótesis hechas a medida cuando sean Médicamente necesarias.
  - Hasta tres sujetadores necesarios para sostener una prótesis cada doce (12) meses.
- Dispositivos podiátricos (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes, cuando los recete un Médico del Plan o un Proveedor del Plan que sea podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras y envolturas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para miembros que tienen que alimentarse por sonda de acuerdo con la guía de Medicare.
- Prótesis para sustituir total o parcialmente una parte externa del cuerpo facial que se ha extirpado o deteriorado como resultado de una enfermedad, daño o defecto congénito.

Las fórmulas y los productos alimenticios especiales para el tratamiento contra la fenilcetonuria (PKU) son Servicios cubiertos

siempre que dichos artículos formen parte de una dieta recetada por un Médico del Plan especializado en el tratamiento de enfermedades metabólicas. La dieta debe considerarse Médicamente necesaria para evitar la aparición de discapacidades físicas o mentales graves, o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la PKU. **Se requiere Autorización previa.**

Queda excluida de su Plan de beneficios toda personalización del entorno vital o del automóvil. La cobertura se limita al equipo básico Médicamente necesario que satisface de manera adecuada sus necesidades médicas.

---

## Kits de pruebas para el hogar con las que se pueden detectar enfermedades de transmisión sexual

Cuando lo ordene un proveedor de la red, el plan proporcionará cobertura de kits de pruebas para el hogar con las que se pueden detectar enfermedades de transmisión sexual, así como los costos de laboratorio para el procesamiento de esos kits, que se consideren Médicamente necesarios o apropiados y que sean solicitados directamente por un proveedor de atención médica o suministrados mediante una orden permanente para el uso del paciente basada en la guía clínica y las necesidades individuales de salud del paciente.

---

## Suministros urológicos y de ostomía

La cobertura incluye suministros de ostomía, urológicos y de incontinencia, según lo recetado de acuerdo con la guía de nuestro Formulario del Plan. VHP seleccionará al Proveedor del Plan, y la cobertura se limitará al suministro estándar que satisfaga de manera adecuada sus necesidades médicas.

Quedan excluidos los suministros de ostomía y urológicos utilizados para el confort, la comodidad o los equipos o características de lujo.

Con la guía del Formulario, puede obtener suministros urológicos y de ostomía no incluidos en el Formulario (aquellos que no figuran en nuestro Formulario de productos blandos para su afección) si están cubiertos y el Proveedor del Plan determina que son Médicamente necesarios.

En el Formulario de productos blandos del Plan, se enumeran suministros de ostomía y urológicos en una variedad de tipos y materiales. Las categorías genéricas de esos suministros son las siguientes:

- Adhesivos: líquido, pincel, sonda, disco o almohadilla.
- Retiradores de adhesivos.
- Cinturones: ostomía.
- Cinturones: hernia.
- Catéteres.
- Bandejas de inserción del catéter.
- Limpiadores.
- Bolsas/botellas de drenaje: junto a la cama y en la pierna.
- Suministros de apósitos.
- Suministros de irrigación.
- Lubricantes.
- Suministros varios: conectores urinarios; filtros de gas; desodorantes de ostomía; dispositivos de fijación de sondas de drenaje; cinta de tapones de soma; tapones de colostomía; insertos de ostomía; jeringas, bombillas y pistones de irrigación; sondas; abrazaderas para catéteres, correas para piernas y dispositivos de anclaje; abrazaderas para pene o uretra, y dispositivos de compresión.
- Bolsas: urinarias, drenables, de ostomía.
- Anillos: anillos de ostomía.
- Barrera protectora de la piel.
- Cinta: todos los tamaños, impermeable y no impermeable

---

## Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental incluyen asesoramiento de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios de salud mental para pacientes ambulatorios prestados por un psiquiatra y servicios de salud mental para pacientes hospitalizados. Los Servicios cubiertos especificados en esta sección se limitan a los servicios especificados por el término definido “Trastorno de Salud Mental y Sustancias” en la sección de definiciones.

VHP no limitará los beneficios ni la cobertura de los Trastornos de salud mental y por consumo de Sustancias a un tratamiento a corto plazo o agudo.

Los Servicios cubiertos incluyen, entre otros, enfermedades mentales graves (Severe Mental Illness, SMI) y trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbances, SED) según se define en la sección “Definiciones” de esta EOC. Por SED de un niño menor de 18 años también se entiende una afección identificada como trastorno mental, en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), que no sea un trastorno primario por consumo de sustancias o un trastorno del desarrollo, que dé lugar a un comportamiento inadecuado para la edad del niño según las normas de desarrollo previstas, si el niño también cumple, como mínimo, uno de los tres (3) criterios siguientes:

1. Como resultado del trastorno mental, el niño tiene un deterioro sustancial en, como mínimo, dos (2) de las siguientes áreas:
  - a. Atención personal, rendimiento escolar, relaciones familiares o capacidad para funcionar en la comunidad.
  - b. Cualquiera de los siguientes:
    - i. El niño corre el riesgo de que se lo retire del hogar o ya se lo ha retirado.
    - ii. El trastorno mental y las deficiencias han estado presentes durante más de seis (6) meses o es probable que continúen durante más de un (1) año sin tratamiento.
2. El niño muestra características psicóticas o riesgo de suicidio o violencia debido a un trastorno mental.
3. El niño cumple los requisitos de educación especial según el capítulo 26.5 (que comienza con la Sección 7570) de la División 7 del Título 1 del Código de Gobierno de California.

Para obtener una lista de Proveedores del Plan de salud mental, visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) y utilice la búsqueda de proveedores o llame a Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. Si el Proveedor del Plan no está disponible dentro de los estándares geográficos y de acceso oportuno, se puede solicitar un referido a un Proveedor Fuera de la red para recibir servicios médicamente necesarios.

Este referido incluye servicios iniciales y de seguimiento de salud mental y consumo de sustancias.

Para obtener los criterios de revisión clínica, el programa de educación y los materiales de capacitación para determinar el tratamiento Medicamente necesario de un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias, llame a Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Tratamiento de salud mental y conductual proporcionado por proveedores no médicos para pacientes ambulatorios

Los servicios de salud mental para Pacientes Ambulatorios que prestan proveedores no médicos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Evaluación, diagnóstico y psicoterapia individual y grupal.
- Pruebas psicológicas cuando sea necesario para evaluar un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
- Servicios cubiertos para pacientes ambulatorios con el fin de monitorear la terapia con medicamentos.

El Plan cubre el tratamiento de salud conductual, que incluye servicios profesionales y programas de tratamiento, como el análisis de conducta aplicado y los programas de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista. Estos servicios los prestan psicólogos, asesores matrimoniales y familiares, y trabajadores sociales clínicos autorizados, u otros profesionales de la salud permitidos por la ley de California. En algunos casos, su PCP puede proporcionar servicios de salud mental que se encuentran dentro del alcance de la práctica del PCP. No se requiere Autorización previa de VHP para obtener los servicios de asesoramiento proporcionados por proveedores no médicos contratados.

---

## Servicios de tratamiento de salud mental y conductual proporcionados por un psiquiatra para pacientes ambulatorios

Los Servicios de tratamiento de salud mental y conductual proporcionados por un psiquiatra para pacientes ambulatorios pueden obtenerse de Proveedores del Plan de salud mental de VHP. La cobertura incluye la evaluación y el tratamiento, las pruebas psicológicas y neuropsicológicas

recetadas, la intervención en crisis, la atención en el hospital para pacientes ambulatorios (hospitalización parcial) y el tratamiento multidisciplinario en un programa de tratamiento psiquiátrico para pacientes ambulatorios. El Plan cubre el Tratamiento de Salud Conductual, que incluye servicios profesionales y programas de tratamiento, como el análisis de conducta aplicado y los programas de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o restauran, en la mayor medida posible, el funcionamiento de una persona con trastorno del espectro autista. En algunos casos, su PCP puede proporcionar Servicios de salud mental. Los servicios incluyen medicamentos con receta y servicios de farmacia; los medicamentos con receta debe prescribirlos un psiquiatra o PCP autorizado. Los servicios se limitan al tratamiento Medicamento necesario en la cantidad, frecuencia o duración hasta el momento en que se determine, desde el punto de vista clínico, que ya no necesita tratamiento.

---

## Servicios de tratamiento de salud mental y conductual para pacientes hospitalizados

Los Servicios cubiertos del tratamiento de salud mental y conductual para pacientes hospitalizados pueden obtenerse cuando se autoriza al Proveedor del Plan. Pueden obtenerse servicios de tratamiento alternativo hospitalario si un Miembro se beneficiaría del tratamiento en un programa de salud mental multidisciplinario estructurado como alternativa a la hospitalización. Los pacientes ambulatorios pueden recibir servicios de tratamiento salud mental después de la hospitalización, solo según lo haya autorizado un Proveedor del Plan en un Centro del Plan.

El VHP cubre la hospitalización psiquiátrica como paciente hospitalizado en un Hospital del Plan. La cobertura incluye el alojamiento y la comida, los medicamentos y los servicios de los médicos, y otros Proveedores del Plan que son profesionales de atención médica autorizados que actúan dentro del ámbito de su licencia.

VHP cubre los siguientes programas de tratamiento psiquiátrico en un Centro del Plan:

- Tratamiento residencial de salud mental para pacientes hospitalizados.
- Tratamiento residencial en crisis.
- Tratamiento en un programa residencial de crisis en un centro de tratamiento psiquiátrico autorizado con monitoreo las 24 horas del

día por parte del personal clínico para la estabilización de una crisis psiquiátrica aguda.

- Observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

Quedan excluidos de su Plan de beneficios los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados ordenados por un tribunal o como condición para la libertad condicional o vigilada, a menos que su Médico del Plan determine que sean Médicamente necesarios.

---

## Servicios de dependencia de sustancias químicas (abuso de alcohol y drogas)

La evaluación y el tratamiento ambulatorio para la dependencia del alcohol o las drogas y el tratamiento médico, así como los servicios de educación y asesoramiento para los síntomas de abstinencia, son Servicios cubiertos cuando los autoriza VHP y los organiza un Proveedor del Plan. Los servicios ambulatorios de desintoxicación para adicciones al alcohol y a las drogas, previamente autorizados, pueden obtenerse en régimen de hospitalización cuando se prestan en un Centro del Plan.

Se cubre la hospitalización por sobredosis y la rehabilitación residencial según sea médicamente necesario según la guía de la Sociedad Estadounidense de Medicina de Adicciones (American Society for Addiction Medicine, ASAM) cuando se proporciona en un Centro del Plan.

Quedan excluidos de su Plan de beneficios los servicios de salud conductual/dependencia de sustancias químicas ordenados por el tribunal o como condición de la libertad condicional o vigilada, o del encarcelamiento.

### Desintoxicación de pacientes hospitalizados

VHP cubre la hospitalización en un hospital del Plan para el control médico de los síntomas de abstinencia, incluidos el alojamiento y la comida, los Servicios cubiertos por Médicos del Plan, los medicamentos, los servicios de recuperación de la dependencia, la educación y el asesoramiento.

### Atención de dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios

Los Servicios cubiertos para el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas son los siguientes:

- Programas intensivos para pacientes ambulatorios, incluidos, entre otros, programas parciales de hospital.
- Asesoramiento individual y grupal sobre dependencia de sustancias químicas.
- Tratamiento médico contra los síntomas de abstinencia.

Pueden aplicarse los siguientes Costos compartidos a estos Servicios cubiertos:

- Evaluación y tratamiento individual de dependencia de sustancias químicas.
- Tratamiento grupal de dependencia de sustancias químicas.

Se incluyen los servicios de mantenimiento de metadona Médicamente necesarios en la atención de dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios.

---

## Servicios de audición

El Plan no cubre los audífonos (que no sean dispositivos implantados internamente, tal y como se describe en la sección “Prótesis y ortesis”).

El Plan cubre, sin cargo, lo siguiente:

- Exámenes de selección de audición de rutina que son servicios de atención preventiva.
- Exámenes de audición para determinar la necesidad de corrección auditiva.

Los servicios de audición que están excluidos del Plan son los siguientes:

- Audífonos, piezas de recambio y pilas, reparación y sustitución de audífonos.
- Audífonos implantados internamente, como los implantes cocleares y los dispositivos auditivos integrados de Osseo. Consulte “Prótesis y ortesis” en esta sección.

---

## Servicios de salud en el hogar

Si está confinado en su hogar por razones médicas, su Plan de beneficios le cubre los servicios de salud en el hogar de los Proveedores del Plan. Su Médico del Plan debe coordinar la Autorización previa. La atención de la salud en el hogar, que la administrarán los profesionales de atención médica visitantes del Proveedor del Plan, se proporcionará con la atención y la supervisión directa de un Médico del Plan.

Los servicios de salud en el hogar se cubren únicamente en el Área de servicio, si está confinado de manera sustancial en su hogar, si su afección exige los servicios de un miembro del personal de enfermería, fisioterapeuta terapeuta ocupacional o terapeuta del habla, y si un Médico del Plan determina que es factible mantener la supervisión y el control eficaz de su atención en su hogar.

La cobertura se limita a la atención especializada, que no es una Atención de custodia, y puede no prestarse de manera adecuada en el consultorio de un Proveedor del Plan, en un hospital o en un Centro de enfermería especializada. La cobertura excluye las comidas, la atención de niños, las guarderías a domicilio y los servicios domésticos. El VHP cubre solo la atención de la salud en el hogar intermitente o de tiempo parcial de la siguiente manera:

- Hasta dos horas por visita para las visitas de un miembro del personal de enfermería o de un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o terapeuta del habla. Si una visita dura más de dos horas, cada incremento adicional de dos (2) horas cuenta como una visita separada.
- Hasta tres (3) visitas por día (combinación de todas las visitas de atención de salud en el hogar)
- Hasta 100 visitas en un año de beneficios

---

## Servicios de diálisis

Su Plan de beneficios cubre los servicios de diálisis para la insuficiencia renal aguda y la enfermedad renal crónica, incluidos los equipos, la capacitación y los suministros médicos necesarios de diálisis. Los Proveedores del Plan deben prestar los Servicios cubiertos. Se debe recibir Autorización previa antes de la evaluación y el tratamiento.

---

## Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención de la salud interdisciplinaria diseñada para prestar cuidados paliativos y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un Miembro que se encuentra en las últimas fases de la vida debido a una enfermedad terminal. Proporciona apoyo al cuidador principal y a la familia del Miembro. El Miembro que opta por los cuidados paliativos elige recibir cuidados paliativos contra el dolor y otros síntomas asociados a la enfermedad terminal, pero no recibir cuidados para intentar curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

VHP cubre los servicios de cuidados paliativos que se enumeran a continuación sin cargo solo si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan le ha diagnosticado una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es de 12 meses o menos.
- Los servicios se prestan dentro del Área de servicio.
- Los Servicios los presta una agencia de cuidados paliativos autorizada que es un Proveedor del Plan.
- Los Servicios son necesarios para la paliación y el control de su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.

Si se cumplen todos los requisitos anteriores, VHP cubre lo siguiente bajo la Coordinación de beneficios con los servicios de cuidados paliativos, que puede recibirlos las 24 horas del día si es necesario:

- Servicios del Médico del Plan.
- Atención de enfermería especializada, que incluyen la valoración, la evaluación y la gestión de casos de necesidades de enfermería, el tratamiento contra el control del dolor y de los síntomas, la prestación de apoyo emocional a usted y a su familia, y la instrucción a los cuidadores.
- Terapia física, ocupacional o del habla con fines de control de los síntomas o para que pueda mantener las actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos.

- Servicios de asistencia de salud en el hogar y de ama de casa.
- Suministro de hasta noventa (90) días de medicamentos paliativos con receta para controlar el dolor y los síntomas de la enfermedad terminal de acuerdo con la guía de nuestro Formulario de medicamentos. Debe obtener estos medicamentos en las farmacias del Plan. Algunos medicamentos se limitan a un suministro máximo de treinta (30) días en cualquier período de treinta (30) días. Para obtener una lista actualizada de estos medicamentos, llame al **1.866.333.2757 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).
- Equipo médico duradero.
- Atención de relevo cuando sea necesario para aliviar a sus cuidadores. La atención de relevo es la atención ocasional para pacientes hospitalizados a corto plazo limitada a no más de cinco (5) días consecutivos a la vez.
- Servicios de asesoramiento y duelo.
- Asesoramiento alimenticio.

Se cubre la siguiente atención durante períodos de crisis cuando necesita atención continua para lograr la paliación o el control de síntomas médicos agudos:

- Atención de enfermería de forma continuada durante las 24 horas del día que sean necesarias para mantenerlo en su hogar.
- Atención a corto plazo para pacientes hospitalizados necesaria a un nivel que no se puede proporcionar en el hogar.

---

## Servicios de trasplante

VHP cubre el trasplante de tejidos y órganos humanos para realizar procedimientos no experimentales, así como los servicios relacionados con la donación real o posible, lo que incluye, entre otros, los siguientes:

- Diagnóstico por imágenes y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios
- Medicamentos con receta y administrados para pacientes ambulatorios
- Servicios de ambulancia Médicamente necesarios

- Extirpación del órgano, tejido o médula ósea, así como tratamiento contra las complicaciones

Los servicios de trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea están sujetos a las limitaciones y exclusiones que se describen en la sección “Limitaciones y exclusiones”. Los Médicos del Plan deben realizar lo siguiente:

- Determinar que cumple determinados criterios médicos elaborados para los pacientes que necesitan trasplantes.
- Referirlo, por escrito y con la aprobación del Director Médico de VHP, a centros de trasplante seleccionados por VHP.

Si el centro de referido del Plan determina que no satisface sus criterios respectivos para el trasplante, VHP solo cubrirá los Servicios que usted reciba antes de que se tome esa determinación.

---

## Servicios de ensayos clínicos

Los afiliados calificados pueden participar en un ensayo clínico aprobado que lleve a cabo un proveedor participante. Por “ensayo clínico aprobado” se entiende un ensayo clínico de fase I, II, III o IV realizado en relación con la prevención y la detección del cáncer o de otra enfermedad o afección potencialmente mortal, o el tratamiento contra estas enfermedades, que cumpla, como mínimo, una de las siguientes condiciones:

- (A) Una o más de las siguientes instituciones aprobó o financió el estudio o la investigación:
  - (i) Los Institutos Nacionales de Salud.
  - (ii) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
  - (iii) La Agencia de Investigación y Calidad de Atención de la Salud.
  - (iv) Los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid.
  - (v) Un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv), inclusive, el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.
  - (vi) Una entidad de investigación no gubernamental calificada que figure en la guía publicada por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo al centro.

- (vii) Uno de los siguientes departamentos, si el estudio o la investigación se ha revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos determine que es comparable al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y que garantice una revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión:
  - (I) El Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.
  - (II) El Departamento de Defensa de los Estados Unidos.
  - (II) El Departamento de Energía de los Estados Unidos.
- (B) El estudio o la investigación se lleva a cabo en el marco de una solicitud de registro de un fármaco nuevo en fase de investigación clínica revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- (C) El estudio o la investigación consiste en un ensayo farmacológico que está exento de una solicitud de registro de un fármaco nuevo en fase de investigación clínica revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Por “enfermedad o afección potencialmente mortal” se entiende una enfermedad o afección de la que la probabilidad de muerte es factible, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Por “afiliado calificado” se entiende un afiliado que cumple con las dos condiciones siguientes:

- (A) El afiliado es elegible para participar en un ensayo clínico aprobado, de acuerdo con el protocolo del ensayo clínico, para el tratamiento contra el cáncer u otra enfermedad o afección que ponga en peligro la vida.
- (B) Se aplica cualquiera de las siguientes condiciones:
  - (i) El profesional de atención médica remitente es un proveedor participante y ha concluido que la participación del afiliado en el ensayo clínico sería adecuada porque este cumple con las condiciones del subpárrafo (A).
  - (ii) El afiliado proporciona información médica y científica que establece que su participación en el ensayo clínico sería adecuada porque cumple con las condiciones del subpárrafo (A).

El costo compartido de la atención rutinaria del paciente será el mismo que el aplicado a los mismos servicios no prestados en un ensayo clínico, salvo que se aplicará el máximo de la red y de los gastos de bolsillo si el ensayo clínico no se ofrece o no está disponible mediante un proveedor participante. La participación se limita a ensayos clínicos aprobados en California, a menos que el ensayo clínico no se ofrezca o no esté disponible mediante un proveedor participante en California.

---

## Servicios de acupuntura

Los servicios de acupuntura se obtienen de los Proveedores autorizados del Plan y únicamente por referido del PCP o VHP. Los Servicios cubiertos se suelen prestar para tratar las náuseas o como parte de un programa integral de control del dolor para el tratamiento contra el dolor crónico. La cobertura se limita a un máximo de 24 visitas recetadas por Año calendario. No se requiere Autorización previa para las primeras 12 visitas proporcionadas por los Proveedores del Plan. Se requiere Autorización previa en la visita 13.

Para encontrar proveedores de acupuntura de VHP, visite el sitio web de VHP en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) y utilice la búsqueda de proveedores o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Servicios odontológicos

### Hospital o Centro Quirúrgico del Plan

En el caso de los procedimientos odontológicos que se realicen en un Centro del Plan, VHP cubre la anestesia general y los servicios del centro asociados con la anestesia si, debido a su estado clínico o afección médica preexistente, el procedimiento odontológico debe proporcionarse en un hospital o centro ambulatorio y no implicar la sedación con anestesia general. VHP no cubre ningún otro servicio relacionado con el procedimiento odontológico, como los servicios del odontólogo.

Los servicios odontológicos se limitan a los Servicios cubiertos Médicamente necesarios. VPH debe Autorizar Previamente los servicios en un Proveedor del Plan.

### Servicios odontológicos para pacientes ambulatorios

Los servicios odontológicos incluyen Servicios cubiertos Autorizados previamente prestados en un entorno ambulatorio según lo proporcionado por el Proveedor del Plan para lo siguiente:

- El tratamiento o la extirpación de tumores.
- Los servicios de Médicos del Plan o exámenes de radiografía (no en el consultorio de un odontológico) para el tratamiento contra daños accidentales en dientes naturales.
- La cirugía en el maxilar o la mandíbula que es Médicamente necesaria para corregir la enfermedad de la articulación temporomandibular (ATM) u otros trastornos médicos.
- Los servicios relacionados con fracturas accidentales de la mandíbula.
- Los medicamentos con receta obtenidos en una Farmacia del Plan.

Se aplican Limitaciones y exclusiones. No se cubren los servicios odontológicos generales de rutina. Se excluyen los cargos por el procedimiento odontológico en sí, incluidos, entre otros, los honorarios profesionales del odontólogo. No se cubren los artículos y servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes o estructuras que sostienen directamente los dientes.

### Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)

Los servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) incluyen la evaluación y el tratamiento de la disfunción de la ATM Médicamente necesaria, incluida la provisión de aparatos intrabucales con receta. Se requiere Autorización previa de VHP para todos los Servicios cubiertos, incluidas las consultas, el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico para trastornos de la ATM. Se aplica un límite de por vida de \$800.00 al costo de cualquier dispositivo de posicionamiento intrabucal y servicios relacionados. Deberá hacerse cargo de los servicios y de todos los costos durante los límites de por vida de \$800 relacionados con aparatos intrabucales y servicios afines.

VHP autorizará los Servicios cubiertos de la ATM en los siguientes casos:

- El diagnóstico del síndrome de la ATM lo realiza un PCP del Plan, y el Miembro ha completado una prueba de tres (3) a seis (6) meses de tratamiento farmacológico continuo.
- Se ha colocado un aparato intrabucal antes de la cirugía.

La Cobertura quirúrgica se limita a lo siguiente:

- Los servicios de tratamiento o extirpación de tumores.
- Los servicios de Médicos o exámenes de radiografía para el tratamiento contra daños accidentales en dientes naturales.
- La cirugía en el maxilar o la mandíbula que es Médicamente necesaria para corregir la enfermedad de la articulación temporomandibular u otros trastornos médicos.
- Los servicios relacionados con fracturas accidentales de la mandíbula.

Tras la Autorización previa, el Miembro puede elegir buscar atención en el consultorio del odontólogo asesor de VHP. Las exclusiones incluyen servicios odontológicos de rutina y tratamiento odontológico; más de un (1) dispositivo de posicionamiento intrabucal o prótesis (estos se consideran odontológicos); hipnosis o biorretroalimentación, así como aparatos para corregir el bruxismo. Presente su solicitud de reembolso por dispositivos intrabucales y servicios afines a VHP dentro de los 90 días de la fecha del servicio.

---

## Servicios odontológicos pediátricos

Mediante el Programa Liberty Dental Plan of California (LDP), se presta atención odontológica pediátrica esencial mediante una cómoda Red de odontólogos contratados en el Área de servicio. Estos odontólogos se evalúan para garantizar que se mantengan nuestras estándares de calidad, acceso y seguridad. La red consta de profesionales odontológicos establecidos. Cuando visita a su odontólogo contratado asignado, usted paga solo el Copago aplicable para los Beneficios hasta el Máximo de bolsillo.

### Elegibilidad e inscripción

Los afiliados pediátricos elegibles son niños desde el nacimiento hasta los 19 años que cumplen con los requisitos de elegibilidad en el Acuerdo de Membresía del Plan individual y familiar, y la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación de VHP de Covered California. El LDP se incluye para los afiliados pediátricos elegibles que se inscriben en el plan médico proporcionado por VHP de Covered California y el Plan individual y familiar. La inscripción en este LDP para la cobertura comienza en la fecha de inicio de la inscripción en el plan médico y finaliza en la fecha de cierre de la inscripción en el plan médico. LDP le facilitará una Evidencia de Cobertura

y un Formulario de Divulgación en el momento de la inscripción que le proporcionará lo siguiente:

- Las ventajas de su Plan Liberty Dental y cómo usar sus beneficios.
- Detalles sobre Deducibles, Coseguro y Copagos.
- Cómo seleccionar un proveedor.
- Continuidad de la atención.
- Respuestas a sus preguntas frecuentes.

Para obtener servicios odontológicos pediátricos, comuníquese con LDP, Departamento de Servicio al Cliente al **1.888.703.6999 (número gratuito)** o envíe una solicitud por escrito a Customer Service, LDP, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede ingresar en el sitio web de LDP en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com) para obtener una copia de la última lista de Médicos de la Red de LDP, visitar el sitio web de VHP en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

### Si tiene una reclamación sobre el Plan LIBERTY Dental

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas formales. Puede presentar una reclamación ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con la determinación de una reclamación, una determinación de beneficios o cobertura, su Proveedor Odontológico o cualquier aspecto de su Plan de beneficios odontológicos. Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su reclamación, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda del DMHC del estado de California al **1.888.466.2219 (número gratuito)** y al **1-877-688-9891**, línea TDD para personas con impedimentos auditivos y del habla. En algunos casos, con el Centro de Ayuda del DMHC, puede solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) o presentar una reclamación. La IMR es una revisión de su caso por parte de médicos que no forman parte de su plan de salud. En el sitio web del DMHC, que es <http://www.dmhc.ca.gov>, se incluyen formularios de reclamaciones, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

### Coordinación de beneficios

Como Miembro cubierto, siempre recibirá sus beneficios odontológicos. LDP no considera que su Plan Individual sea secundario a cualquier otra cobertura odontológica que usted pueda tener. Tiene derecho a recibir los beneficios que se enumeran en el Formulario de Evidencia de Cobertura y Divulgación de LDP a pesar de cualquier otra cobertura que pueda tener.

### Máximo anual de bolsillo

El Máximo anual de bolsillo es la mayor cantidad de dinero que tendría que pagar por los Servicios cubiertos en un año. Todo pago por servicios odontológicos está sujeto al Máximo anual de bolsillo, junto con sus costos médicos. Para verificar el Máximo de bolsillo, visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. Después de que haya alcanzado el Máximo anual de bolsillo, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios odontológicos para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto realizado por su Proveedor odontológico contratado asignado o Proveedor odontológico autorizado.

---

### Servicios familiares

En su Plan de beneficios, se ofrece una amplia selección de servicios familiares cuando se prestan, organizan y coordinan mediante un Médico del Plan. Los Beneficios de servicios familiares incluyen los siguientes:

- Servicios de planificación familiar.
- Servicios de esterilización, incluidos los procedimientos de esterilización Autorizados previamente.
- Servicios de aborto y aborto sin un referido o autorización.

**Algunos hospitales y proveedores del Plan no prestan uno (1) o más de los siguientes servicios que pueden cubrirse en virtud de los beneficios de su plan y que usted o su Dependientes elegibles podrían necesitar: planificación familiar; servicios anticonceptivos, incluidos anticonceptivos de emergencia; esterilización, incluida la ligadura de trompas en el momento del trabajo de parto y el parto; tratamientos para la infertilidad; o aborto. Debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su Proveedor del Plan prospectivo o a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para asegurarse de que puede obtener los servicios de atención de la salud que necesita.**

---

## Servicios de maternidad

### Atención de maternidad

Su Médico del Plan es quien le ofrece la atención de maternidad. Los servicios de maternidad incluyen atención de maternidad y circuncisión del recién nacido.

Después de la confirmación del embarazo, puede, sin costo alguno, realizarse la serie normal de exámenes de atención prenatal preventiva que se programan con frecuencia, acudir a la primera consulta y someterse al examen de seguimiento posparto. El período de atención posparto para las personas que reciben servicios de atención relacionados con el embarazo y posparto puede extenderse hasta 12 meses después del nacimiento.

Para asegurar su buena salud y la de su bebé, es importante acudir a las citas prenatales, hacer cambios saludables en el estilo de vida y seguir los consejos de su médico. Tiene derecho a la prueba de la alfafetoproteína (AFP) y, si lo desea, puede participar en el Programa Ampliado de AFP, que es un programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado. Se cubrirán los procedimientos para el diagnóstico prenatal de los trastornos genéticos del feto, incluidas las pruebas de trastornos genéticos específicos para los que se dispone de asesoramiento genético.

Usted y su hijo recién nacido tienen derecho a recibir, como mínimo, 48 horas de atención hospitalaria como paciente internado después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea. Se puede acordar un alta hospitalaria más temprana cuando la decisión se tome conjuntamente entre usted y su médico de cabecera. Los Servicios Hospitalarios para pacientes hospitalizados para su bebé después de que le den el alta hospitalaria se consideran una admisión hospitalaria por separado. Se requiere la inscripción del recién nacido para continuar con la cobertura.

Si recibe el alta hospitalaria de forma anticipada, usted y su bebé tienen derecho a una visita de seguimiento dentro de las 48 horas posteriores al alta. Usted y su Médico del Plan determinarán si la visita será en su Centro del Plan, en el consultorio de su Médico del Plan o en su hogar. La visita incluirá, como mínimo, la educación de los padres, la asistencia y la capacitación en la alimentación con leche materna

o con biberón, y la realización de las evaluaciones físicas maternas o neonatales necesarias. Además de las clases de apoyo prenatal y para recién nacidos, VHP cubre el apoyo a la lactancia, los suministros y el asesoramiento.

Si se desplaza fuera del Área de servicio para obtener Servicios médicos relacionados con la atención o el parto del recién nacido, es posible que tenga que pagar todos los gastos, excepto los relacionados con los Servicios de emergencia.

Quedan excluidos de su Plan de beneficios la amniocentesis, las ecografías o cualquier otro procedimiento realizado únicamente con el fin de determinar el sexo.

### Servicios de circuncisión

Las circuncisiones se realizan de forma ambulatoria. En el momento del alta hospitalaria, se le dará un aviso con instrucciones sobre cómo programar una cita para la circuncisión de su recién nacido o puede pedirle al Pediatra del Plan que coordine este servicio. Para garantizar la cobertura de este servicio, debe solicitar su cita dentro de los plazos escritos en este aviso, generalmente dos (2) semanas a partir de la fecha de nacimiento.

---

## Cobertura de preservación de la fertilidad

Los servicios estándar de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento cubierto puede causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica y no están dentro del ámbito de cobertura del tratamiento de la infertilidad.

---

## Telemedicina

La telemedicina es un beneficio cubierto. El costo compartido de los servicios de telemedicina no debe superar el costo compartido de los mismos servicios prestados en persona. Los servicios de telemedicina estarán sujetos al mismo deducible e importe máximo anual o de por vida en dólares que los servicios equivalentes en persona.

Los servicios de telemedicina se cubren sobre la misma base y en la misma medida en que el plan de servicios de atención de la salud es responsable

de la cobertura del mismo servicio a través del diagnóstico, la consulta o el tratamiento en persona.

Los miembros pueden recibir servicios de telemedicina en cualquier ubicación preferida desde sus equipos propios, como un teléfono, una computadora/tableta, un navegador web o un teléfono inteligente.

VHP tiene contrato con MDLive para prestar servicios médicos y de salud conductual. Se anima a los Miembros a inscribirse en los servicios MDLive a través de la aplicación MDLive, el navegador web y el teléfono. Los Miembros también pueden recibir los servicios en persona o mediante telemedicina, si están disponibles, de los proveedores de atención primaria, de los especialistas que lo tratan o de otro profesional de la salud individual contratado, de una clínica contratada o de un centro de salud contratado, de acuerdo con el servicio y con los estándares de puntualidad y acceso geográfico actuales. Consulte la sección “Acceso oportuno a la atención” para conocer el tiempo de espera de una cita.

Consulte <https://www.valleyhealthplan.org/sites/m/pages/mdlive.aspx> para obtener más información sobre los servicios de telemedicina de MDLive.

---

## Servicios de educación y promoción de la salud

VHP se compromete a promover y enriquecer la salud de nuestros Miembros. El objetivo principal de la educación de la salud y la promoción de la salud es ayudar a los Miembros a llevar un estilo de vida saludable. Existen programas y materiales de educación para la salud relacionados con la prevención y el control de enfermedades. La cobertura se limita al diseño del programa y a la disponibilidad de la clase. Comuníquese con el Departamento de Educación de la Salud de VHP al **1.408.885.3490** para obtener información sobre la disponibilidad de las clases, los horarios, las tarifas y las opciones de reembolso. También puede ingresar en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para obtener una lista de las clases de educación sobre la salud autorizadas por el Plan.

VHP ofrece un programa para dejar de fumar. En el programa, que consiste en dos (2) clases con una duración de dos (2) horas, se enseña al Miembro a entender y abordar su historial y rutina de consumo de tabaco. Los Miembros aprenden sobre los beneficios de dejar de fumar, las diferentes formas de dejar de fumar, los síntomas de abstinencia, los

“desencadenantes” del consumo de tabaco, los medicamentos útiles y la importancia de seleccionar una fecha para dejar de fumar. Los Miembros crean un plan personal para dejar de fumar y revisan las técnicas de afrontamiento en un entorno de grupo pequeño.

Después de completar el programa para dejar de fumar, los miembros reciben una Certificación de Finalización que les permite solicitar medicamentos como terapia de reemplazo de nicotina (incluido el parche de nicotina, la goma de mascar de nicotina o la pastilla de nicotina) para reducir los síntomas de abstinencia. El programa y todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los que se obtienen con receta y de venta libre) para realizar un tratamiento de noventa (90) días, cuando los receta un Proveedor del Plan, son servicios preventivos que se ofrecen sin costo alguno para los afiliados y sin necesidad de Autorización previa.

### Información de contacto del Departamento de Educación de la Salud de VHP:

Teléfono: **1.408.885.3490**

Dirección de correo electrónico: [healtheducation@vhp.sccgov.org](mailto:healtheducation@vhp.sccgov.org)

Sitio web: [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org)

---

## Servicios de cirugía reconstructiva, estética y bariátrica (pérdida de peso)

### Cirugía reconstructiva

La Cirugía reconstructiva incluye la cirugía plástica para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un Médico del Plan determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, en la medida de lo posible. Consulte “Mastectomías y disecciones de ganglios linfáticos” y “Cirugía bariátrica (pérdida de peso)” en esta sección para obtener más información.

### Cirugía estética

La Cirugía estética no es un Beneficio cubierto. Queda excluida la cirugía reconstructiva que, a criterio de un Médico del Plan especializado en cirugía reconstructiva, solo ofrece una mínima mejora de la apariencia, ya que se trata de una Cirugía estética. La cirugía que se realiza para alterar o remodelar las estructuras normales del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia también se considera Cirugía estética. Quedan excluidos los servicios estéticos que tienen como objetivo principal cambiar o mantener la apariencia, excepto los Servicios cubiertos en el apartado de “Cirugía reconstructiva”.

### Mastectomías y disecciones de ganglios linfáticos

Tras la extirpación Médicamente necesaria de toda o parte de la cirugía de mastectomía de mama (debido a una enfermedad, dolencia o daño), la reconstrucción de la mama, la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr la simetría, el tratamiento de las complicaciones físicas y las Prótesis son un Beneficio cubierto. La cobertura incluye mastectomías y disecciones de ganglios linfáticos Médicamente necesarias, incluida la hospitalización, las visitas al consultorio y los costos de médicos y cirujanos. Cuando sea Médicamente necesario, su Médico del Plan hará los arreglos necesarios para recibir estos Servicios cubiertos.

### Cirugía bariátrica (pérdida de peso)

La cirugía bariátrica que se realiza para tratar la obesidad mórbida es un Beneficio cubierto cuando es Médicamente necesaria, la Autoriza previamente VHP, la realiza un Proveedor del Plan, y el Miembro ha completado los requisitos de VHP relacionados con la cirugía bariátrica. La cirugía reconstructiva que se considere Médicamente necesaria en virtud del beneficio de cirugía reconstructiva y que se apruebe de otro modo, que no sea la cirugía estética para mejorar la apariencia, es un Beneficio cubierto.

---

## Servicios de viajes

VHP cubre servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Consulte la sección “Acceso a la atención” en “Autorización y Denegación de servicios”.

Se cubren las vacunas para viajes recomendadas por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Las consultas de vacunas para viajes no son un beneficio cubierto. Si quiere obtener las vacunas para viajes, comuníquese con su Proveedor del Plan VHP o con la Farmacia del Plan que ofrece vacunas para viajes. Llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para obtener más información.

## Servicios oftalmológicos

VHP no cubre gafas ni lentes de contacto, excepto para niños menores de 19 años. La cobertura incluye los lentes de contacto especiales para la aniridia y la afaquia descritas en esta sección.

### Lentes de contacto especiales para la aniridia y la afaquia

Examen de baja visión	La evaluación integral se cubre en su totalidad	Una vez por año calendario	Se requiere Autorización previa
Accesorios para la visión reducida	Los accesorios aprobados para la visión reducida se cubren en su totalidad	Una vez por año calendario	Se requiere Autorización previa

No hay Copago por el examen ni los materiales que el Miembro debe pagar al médico de la red VSP en el momento en que se prestan los servicios.

VHP cubre los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un Médico del Plan o un optometrista del Plan:

- Hasta dos (2) lentes de contacto Médicamente necesarios por ojo (incluida la adaptación y la dispensación) en cualquier período de 12 meses para tratar la aniridia, ya sean proporcionados por el plan durante el período de contrato actual o el anterior de 12 meses. Sin cargo.
- Hasta seis (6) lentes de contacto Médicamente necesarios para la afaquia por ojo (incluida la adaptación y la dispensación) por año calendario para tratar la afaquia (ausencia del cristalino del ojo), ya sean proporcionados por el plan en virtud del contrato actual o uno anterior en el mismo año calendario. Sin cargo.

### Servicios de atención oftalmológica pediátrica

VHP cubre los siguientes servicios de atención oftalmológica para niños menores de 19 años mediante la red VSP.

- Examen de la vista: se cubre en su totalidad.
- Materiales para la atención oftalmológica: se cubren en su totalidad.
- Lentes (la cobertura incluye lentes de policarbonato, plástico o cristal, también se cubren los resistentes a los arañazos o los revestimientos UV).
  - Lentes monofocales: se cubren en su totalidad.
  - Lentes bifocales: se cubren en su totalidad.
  - Lentes trifocales: se cubren en su totalidad.
  - Lentes lenticulares: se cubren en su totalidad.
- Marcos de la colección de intercambios pediátricos: se cubren en su totalidad.
- Lentes de contacto
  - Los lentes de contacto Médicamente necesarios son un Beneficio del Plan cuando se cumplen criterios de beneficios específicos y cuando los receta el médico de la Red de VSP o un Proveedor Fuera de la red del Miembro.
  - Los honorarios y materiales profesionales Médicamente necesarios se cubren en su totalidad.
  - Se pueden obtener lentes de contacto opcionales en lugar de gafas.
- Honorarios profesionales: se cubren en su totalidad.
- Materiales: se cubren en su totalidad con las siguientes limitaciones de servicio:
  - Estándar: un (1) par anual = un (1) lente de contacto por ojo (dos [2] lentes en total).
  - Por mes: suministro para seis (6) meses = seis (6) lentes por ojo (12 lentes en total).
  - Cada dos semanas: suministro para tres (3) meses = seis (6) lentes por ojo (12 lentes en total).
  - Todos los días: suministro para un (1) mes = 30 lentes por ojo (60 lentes en total).

### Obtención de servicios de médicos de la red VSP

Cuando obtenga Servicios cubiertos, debe seleccionar un médico de la red VSP, programar una cita e informar al consultorio del médico que tiene cobertura de VSP para que el médico de la red pueda obtener una autorización de beneficios de VSP. Se debe obtener una autorización de beneficios de VSP antes de que pueda obtener Servicios cubiertos de un médico de la red VSP. Si recibe Servicios cubiertos de un médico de la red VSP sin una autorización de beneficios de VSP, el médico de la red VSP se considerará un Proveedor Fuera de la red y los servicios pueden limitarse a los que ofrece un Proveedor Fuera de la red, si están disponibles en virtud del Programa de servicios oftalmológicos del Plan.

### Beneficios de Proveedores Fuera de la red

Si recibe Servicios cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red en virtud del Programa de servicios oftalmológicos, usted o los Proveedores Fuera de la red pueden presentar solicitudes de reembolso a VSP. VSP pagará los Servicios cubiertos disponibles a usted o directamente a los Proveedores Fuera de la red cuando las reclamaciones incluyan una Autorización previa. VSP puede rechazar toda reclamación recibida después de 180 días calendario a partir de la fecha en que se prestan los servicios o se proporcionan los materiales.

En el caso de los servicios pediátricos oftalmológicos, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **1.800.877.7195 (número gratuito)** de Vision Services Plan (VSP) o envíe una solicitud por escrito a:

Customer Service, VSP  
P.O. Box 997100  
Sacramento, CA 95899-7100

Visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com) para obtener una copia de la última lista de médicos de la red VSP. También puede ingresar en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llamar a Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (gratuito)**.

### Si tiene una reclamación sobre VSP

Si tiene una Queja formal contra su plan de servicios oftalmológicos, primero debe llamar a VSP al **1.800.877.7195** y usar el proceso de Quejas formales de VSP antes de comunicarse con el DMHC. El uso de este procedimiento de Quejas formales no prohíbe ningún posible derecho legal o recurso que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una

Queja formal que involucre una emergencia, una Queja formal que VSP no haya resuelto de manera satisfactoria o una Queja formal que no se haya resuelto durante más de 30 días, puede llamar al DMHC para obtener ayuda. También puede ser elegible 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 servicios oftalmológicos relacionadas con la Necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de los tratamientos que son experimentales o de investigación, así como las disputas de pago de los servicios médicos de emergencia o de urgencia. El DMHC también tiene un número de teléfono gratuito **1.888.466.2219** y una línea de TDD **1.877.688.9891** para las personas con impedimentos auditivos y del habla. Puede obtener formularios de reclamación, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en el sitio web del DMHC, que es <http://www.dmhc.ca.gov>.

---

## Costos compartidos

### Reglas generales, ejemplos y excepciones

El Costo compartido por los Servicios cubiertos entrará en vigor en la fecha en que reciba los Servicios, excepto en los casos siguientes:

- Si recibe Servicios cubiertos en un hospital para pacientes hospitalizados o en un Centro de enfermería especializada en la fecha de entrada en vigor de este Acuerdo de Afiliación y Evidencia de Cobertura, usted paga el Costo compartido vigente en la fecha de su ingreso hasta que reciba el alta hospitalaria si los Servicios estaban cubiertos en virtud de su evidencia de cobertura anterior del Plan de salud y no ha habido interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los Servicios no estaban cubiertos en virtud de su evidencia de cobertura anterior del Plan de salud, o si hubo una interrupción en la cobertura, usted paga los Costos compartidos vigentes en la fecha en que recibe los Servicios.
- En el caso de los artículos pedidos por adelantado, paga el Costo compartido vigente en la fecha del pedido (aunque no cubriremos el artículo a menos que aún tenga cobertura para este en la fecha en que lo reciba) y es posible que deba pagar el Costo compartido cuando se pida el artículo.
- En el caso de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, la fecha de pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información

que necesita para surtir la receta de Costos compartidos de los Servicios cubiertos que reciben los recién nacidos. Durante los 31 días de cobertura automática para los niños recién nacidos que se describen en la sección “Requisitos e inscripción” en el apartado “Cuándo comienza la cobertura”, el padre, la madre o el tutor del bebé debe pagar el Costo compartido indicado en esta sección “Beneficios y Costo compartido” por cualquier Servicio cubierto que reciba el bebé, esté o no afiliado.

### Recepción de una factura

En la mayoría de los casos, su proveedor le pedirá que pague el Costo compartido en el momento de recibir los Servicios cubiertos. Tenga en cuenta que este pago puede cubrir solo una parte del total de los Costos compartidos de los Servicios cubiertos que reciba, y se le facturarán los importes adicionales de Costos compartidos que se deban. En algunos casos, su proveedor no le pedirá que realice un pago en el momento en que reciba los servicios, y se le facturarán los importes de Costos compartidos que se deban. Por ejemplo, algunos laboratorios no cobran los Costos compartidos, por lo que se le facturarán los importes de los Costos compartidos que se deban. Los siguientes son ejemplos de cuándo puede recibir una factura:

- Recibe servicios durante su visita que no estaban programados cuando realizó el pago en el momento del registro. Por ejemplo, si está previsto que reciba tratamiento contra una afección existente, en el momento del registro se le pedirá que pague el Costo compartido que se aplica a estos Servicios cubiertos. Si, mientras visita a su proveedor, este detecta otro problema de salud, puede realizar o solicitar otros servicios no programados para diagnosticar el problema. Se le facturará cualquier Costo compartido que se aplique a cada uno de estos Servicios cubiertos adicionales no programados, además del importe de Costo compartido que pagó en el momento del registro para el tratamiento contra su afección existente.
- Recibe servicios de un segundo proveedor durante su visita que no estaban programados cuando realizó el pago en el momento del registro. Por ejemplo, si está previsto que reciba un examen de diagnóstico, en el momento del registro se le pedirá que pague el Costo compartido que se aplica a estos Servicios cubiertos. Si, durante el examen de diagnóstico, su proveedor confirma un problema de salud, este puede solicitar la asistencia de otro proveedor para realizar otros servicios no programados (como un procedimiento ambulatorio). Se le facturará cualquier Costo compartido que se aplique a los servicios no programados del segundo proveedor, además del importe

de Costo compartido que pagó en el momento del registro para su examen de diagnóstico.

- Acude a servicios de atención preventiva y recibe, durante la visita, servicios no preventivos que no estaban programados cuando realizó el pago en el momento del registro. Por ejemplo, si asiste a un examen de mantenimiento físico de rutina, en el momento del ingreso se le pedirá que pague los Costos compartidos que se aplican a estos Servicios cubiertos (los Costos compartidos pueden ser “sin cargo”). Si, durante su examen de mantenimiento físico de rutina, su proveedor detecta un problema de salud, este puede solicitar servicios no preventivos para diagnosticar su problema (como análisis de laboratorio). Se le facturará cualquier Costo compartido que se aplique a los servicios no preventivos realizados para diagnosticar su problema, además del importe de Costo compartido que pagó en el momento del registro para su examen físico de mantenimiento de rutina.
- En el momento del registro, solicita que se le facturen algunos o todos los Costos compartidos por los Servicios cubiertos que recibirá, y el proveedor acepta facturarle.
- El Proveedor del Plan autoriza un referido a un Proveedor que no pertenece al Plan, y ese proveedor no cobra Costos compartidos en el momento en que usted recibe los servicios.

Para obtener más información sobre los Costos compartidos, consulte el “Resumen de beneficios y cobertura” y la “Matriz del programa de beneficios y cobertura” correspondientes. Si tiene preguntas sobre los Costos compartidos por los servicios específicos que está previsto que reciba o que su proveedor solicita durante una visita o procedimiento, llame al Departamento de Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

### Servicios no cubiertos

Si recibe servicios que no están cubiertos en virtud de este Acuerdo de membresía y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación, puede ser responsable del precio total de esos servicios. Los pagos que realiza por Servicios no cubiertos no son Costos compartidos. En cualquier Año calendario, debe pagar los cargos por los Servicios cubiertos sujetos al Deducible hasta que alcance el Deducible. Después de alcanzar el Deducible y durante el resto del año calendario, paga el Copago o Coseguro aplicable sujeto a los límites descritos en la sección “Responsabilidad de pago y reembolso” en “Otros cargos” y “Máximo anual de bolsillo”.

### Servicios sujetos al deducible

Los Costos compartidos que debe pagar por los Servicios cubiertos se encuentran en esta sección “Beneficios y costos compartidos”. En ese caso, los Costos compartidos se describen como “sujetos al deducible”, y si usted no ha alcanzado el Deducible, deberá pagar los gastos de esos servicios.

**Por ejemplo: Cuando el Plan cubre los servicios “sin cargo” sujetos al Deducible, y usted no ha alcanzado el Deducible, debe pagar los cargos por los Servicios cubiertos.**

Si desea una estimación de los cargos de un Servicio antes de programar una cita o un procedimiento, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. Si paga un importe de Deducible por un servicio que tiene un límite de visitas, los servicios cuentan para alcanzar el límite.

Después de recibir los servicios, VHP le enviará una factura en la que se enumeran los cargos por los servicios que recibió, los pagos y créditos aplicados a su cuenta, y cualquier importe que aún adeude. Puede recibir más de una factura por una sola visita ambulatoria o estancia en el hospital.

**Por ejemplo: Ingresa en el hospital para tratar una enfermedad aguda. Es posible que reciba una factura por los servicios del médico y otra por los servicios del hospital. Además, puede ser necesaria más de una factura para reflejar todos los Servicios cubiertos que ha recibido.**

Si se determina que ha pagado de más y se le debe emitir un reembolso, se le enviará el reembolso dentro de las cuatro (4) semanas siguientes a dicha determinación.

Cuando pague un importe para el Deducible, recibirá un informe en el que se incluirá el importe total que ha pagado para el Deducible y para el máximo anual de gastos de bolsillo. También puede llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para obtener una copia del informe. Se le reembolsará todo pago que haga de más.

### Copagos y Coseguro

Consulte el “Resumen de beneficios y cobertura” correspondiente para conocer el Copago o Coseguro que debe pagar por cada Servicio cubierto, después de alcanzar cualquier Deducible aplicable.

### Costo compartido para nativos de Alaska e indígenas estadounidenses

No hay Costos compartidos para los nativos de Alaska ni los indígenas estadounidenses inscritos en Covered California que estén por debajo del 300 % del límite federal de pobreza (Federal Poverty Limit, FPL), independientemente de dónde o cómo reciban su atención. Esto también se aplica a los nativos de Alaska o a los indígenas estadounidenses inscritos en Covered California “a los que el Servicio de Salud Indígena, un viaje indígena, una organización tribal o una organización indígena urbana le proporcionen un artículo o servicio directamente de un referido en el marco de los Servicios de Salud por Contrato, o mediante este”.

### Máximo anual de bolsillo

Existe un límite en el importe total de Costos compartidos que debe pagar en virtud de este Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura en un año calendario por todos los Servicios cubiertos que el Plan haya designado para que cuenten en su Máximo anual de bolsillo.

Los importes que pague por los Servicios cubiertos sujetos al Deducible, tal y como se describe en el resumen de beneficios y cobertura en el apartado “Deducibles”, se aplican a su gasto Máximo anual de bolsillo. Los siguientes Copagos y Coseguros se aplican a su gasto Máximo anual de bolsillo:

- Medicamentos administrados.
- Todos los servicios de dependencia de sustancias químicas.
- Todos los servicios de salud mental.
- Servicios de ambulancia.
- Productos modificados con aminoácidos utilizados para tratar errores congénitos del metabolismo de aminoácidos (como fenilcetonuria).
- Tratamiento de salud conductual contra el trastorno del espectro autista.
- Suministros y equipos para pruebas de diabetes, y dispositivos de administración de insulina.
- Visitas al Departamento de Emergencias.
- Atención de la salud en el hogar.
- Cuidados paliativos.
- Atención hospitalaria.

- Imágenes, análisis de laboratorio y procedimientos especiales.
- Programas de tratamiento psiquiátrico.
- Trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.
- Cirugía ambulatoria.
- Ortesis y prótesis.
- Atención para trastornos emocionales graves.
- Atención en un Centro de enfermería especializada.

Como se explica más adelante en la sección titulada “Salvos del deducible anual y del Máximo anual de bolsillo”, cuando usted paga el Costo compartido que se aplica al máximo anual de bolsillo, le enviaremos un informe en el que se incluirán los importes totales que ha pagado para su Deducible y para su máximo anual de bolsillo. También puede obtener una copia de este informe en nuestro Departamento de Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

#### **Salvos del deducible anual y del Máximo anual de bolsillo**

VHP monitoreará la acumulación de cada Miembro hacia su deducible anual, si lo hay, y los máximos anuales de bolsillo. VHP proporcionará automáticamente a los Miembros sus acumulaciones actualizadas (basadas en la información disponible para VHP en el momento de la publicación) hacia su deducible anual y el importe máximo de bolsillo para cada mes en el que se utilizaron los beneficios hasta que el saldo acumulado sea igual al importe total del deducible o del máximo de bolsillo.

VHP enviará el informe por correo a la dirección postal registrada, a menos que usted opte por no recibir notificaciones por correo y, en su lugar, elija las notificaciones electrónicas de acumulación. Puede optar por volver a recibir notificaciones por correo en cualquier momento. Puede optar por recibir o no la notificación electrónica de acumulación. Para ello, llame a Servicios a Miembros al 1.888.421.8444 (número gratuito).

En cualquier momento, también puede obtener un informe de los salvos de acumulación actualizados para su deducible anual y los gastos máximos de bolsillo. Para ello, comuníquese con VHP mediante uno de los siguientes métodos:

Correo postal: VHP Member Services,  
2480 N. First Street, Suite 160, San Jose, CA 95131  
Teléfono: **1.888.421.8444 (número gratuito)**  
Correo electrónico: [MemberServices@vhp.sccgov.org](mailto:MemberServices@vhp.sccgov.org).



# Servicios de atención de emergencia y urgencia

---

## Servicios de emergencia

En caso de emergencia, llame al 911 para obtener asistencia y diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Se cubren los Servicios de emergencia si los prestan Proveedores del Plan o Proveedores que no pertenecen al plan cuando el tiempo necesario para llegar a su Centro u Hospital del Plan es tal que una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (como dolor grave, Trabajo de parto activo y afección psiquiátrica) y que no reciba atención médica inmediata podría razonablemente esperar que causara un deterioro importante de sus funciones corporales o una disfunción importante de cualquier órgano o parte del cuerpo, o que pusiera su salud o bienestar psicológico en grave peligro.

Los Servicios de emergencia también incluyen la selección, el examen y la evaluación adicionales que realiza un médico u otro personal, en la medida en que lo permita la ley vigente y dentro del ámbito de su licencia y sus privilegios clínicos, para determinar si existe una Afección médica de emergencia psiquiátrica, y la atención y el tratamiento necesarios para aliviar o eliminar la Afección médica de emergencia psiquiátrica, dentro de la capacidad del centro.

Sin embargo, los Servicios de emergencia no requieren Autorización previa; sin embargo, en caso de que sea necesario recibir Servicios de emergencia de un Proveedor que no pertenece al plan, presente su Tarjeta de identificación de VHP. Consulte “Posterior a la estabilización”

en esta sección.

El Plan solo cubre los Servicios de emergencia hasta que su afección se haya estabilizado lo suficiente como para permitir el alta hospitalaria o la transferencia al Centro del Plan.

**Los Servicios de emergencia pueden obtenerse dentro o fuera de su Área de servicio las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. Los Servicios de urgencia pueden obtenerse de Proveedores del Plan dentro del Área de servicio o de Proveedores que no pertenecen al plan mientras se encuentra fuera del Área de servicio.**

Si bien toda la atención necesaria está disponible y debe obtenerse de los Proveedores del Plan, VHP también cubre todos los Servicios de emergencia y los Servicios de urgencia recibidos de Proveedores que no pertenecen al plan:

- Cuando su afección requiere atención urgente y no puede desplazarse de manera segura a un Hospital del Plan.
- Cuando se encuentra fuera del Área de servicio y requiere Atención médica de urgencia y no puede acudir de manera segura a un Proveedor del Plan.

**Asegúrese de llevar su Tarjeta de identificación de VHP con usted en todo momento para acceder a la atención.**

**Los Miembros no tienen que pagar los Servicios de atención de emergencia, más allá de los Copagos, Coseguros y Deducibles que le corresponden, según se establece en el Resumen de Beneficios y Cobertura.**

---

## Servicios de urgencia

VHP cubre los servicios de atención de urgencia si su afección cumple con la definición de Servicios de urgencia y usted realiza lo siguiente:

- Puede comunicarse con la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.855.348.9119 (número gratuito)**.
- Obtiene servicios de atención de urgencia mediante su Proveedor de la Red de VHP.

- Obtiene Servicios de urgencia mientras se encuentra fuera del Área de servicio, y la atención médica no podría retrasarse hasta que regrese al Área de servicio.

Si usted busca servicios médicos de rutina u optativos que no sean Servicios de urgencia de Proveedores que no pertenezcan al Plan sin una Autorización previa, VHP no pagará su atención y usted deberá pagar el costo total de dichos servicios.

### Dentro del Área de servicio

VHP ofrece un horario extendido en varias Clínicas de Atención Urgente; algunas requieren una cita y otras son clínicas sin cita previa. Llame a la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.855.348.9119 (línea gratuita)** para obtener asesoramiento médico. Un miembro del personal de enfermería evaluará su afección y lo dirigirá a la atención adecuada. Para obtener una lista completa de las clínicas de atención de urgencia del Plan, incluidas las clínicas sin cita previa, visite el sitio web en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. En el caso de las personas con impedimentos auditivos y del habla, llame al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, solo tiene que marcar el número 711 o el CRS 800 de su modalidad para obtener asistencia. Presente una forma de identificación y su Tarjeta de identificación de VHP cuando busque servicios.

### Fuera del Área de servicio

Si es necesario recibir Servicios de urgencia fuera del Área de servicio, llame al Servicio a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para resolver cualquier duda que pueda tener. Si no puede comunicarse con VHP, llame a la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **1.855.348.9119 (número gratuito)**, explique la situación y siga las instrucciones que reciba. Según sea necesario, comuníquese con el proveedor más cercano para recibir tratamiento. Presente su Tarjeta de identificación de VHP y llame a un representante de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)** dentro de las 48 horas para informarle sobre su visita de atención de urgencia. Según sea necesario, pueden brindarle ayuda para coordinar su atención. Si no informa a VHP dentro de este plazo, se puede Denegar su reclamación.

---

## Atención de seguimiento después de los Servicios de emergencia o de urgencia

Su Cobertura incluye la atención de seguimiento Médicamente necesaria, después de los Servicios de emergencia y de Urgencia, si esa atención no puede retrasarse y necesita acceso oportuno a los servicios de atención de la salud.

La atención de seguimiento después de cualquier Servicio de emergencia o de Urgencia debe obtenerse de su Médico de cabecera. En caso de que sea necesario recibir atención de seguimiento después de los Servicios de emergencia o de Urgencia de un Proveedor que no pertenece al Plan, llame a VHP para recibir la Autorización previa antes de acceder a la atención.

Si usted busca atención de seguimiento después de los Servicios de emergencia o de Urgencia de Proveedores que no pertenecen al plan sin una Autorización previa, VHP no pagará su atención y usted deberá pagar el costo total de dichos servicios.

---

## Después de la estabilización

Una vez que su afección médica de emergencia se estabilice, su proveedor de atención médica de cabecera puede solicitar otros servicios Médicamente necesarios antes de que reciba el alta hospitalaria de manera segura. Si el hospital no forma parte de la red contratada por VHP, el hospital se comunicará con su PCP o con el Plan para obtener una Autorización previa oportuna para estos servicios después de la estabilización. Si VHP determina que se lo puede trasladar de manera segura a un Hospital del Plan, y usted se niega a dar su consentimiento para el traslado, el hospital que no pertenece al Plan debe notificarle por escrito que usted deberá hacerse cargo del 100% del costo de los servicios que se le presten una vez que su afección de Emergencia se estabilice. Si el hospital que no pertenece al Plan no puede determinar su nombre ni su información de contacto para dárselos a conocer a VHP a la hora de solicitar la Autorización previa para los servicios una vez que se estabilice, el hospital que no pertenece al Plan puede facturarle dichos servicios.

**Si considera que se le facturaron incorrectamente los servicios que recibió de un proveedor no contratado, comuníquese con VHP al [1.888.421.8444](tel:18884218444) (número gratuito).**



# Limitaciones y exclusiones

En esta sección, se describen las limitaciones y exclusiones que suelen afectar los servicios que no se ofrecen mediante el Plan de beneficios. Para conocer las limitaciones y exclusiones específicas de los beneficios, consulte también la sección “Beneficios y costos compartidos”.

VHP no se hará cargo del pago de dichos servicios limitados o excluidos. El Servicio se refiere a todo artículo, medicamento (a menos que se indique en el Formulario de VHP y un Proveedor de VHP emita una receta), suministro, equipo, dispositivo, tratamiento, beneficio o procedimiento terapéutico o de diagnóstico. Cuando se excluye un servicio concreto, también se excluyen todos los servicios necesarios para ese servicio excluido, aunque estén cubiertos de otro modo. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican al tratamiento Medicamente necesario de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

---

## Limitaciones principales

Se limitan los siguientes artículos, procedimientos, beneficios, servicios, medicamentos, suministros y equipos en virtud de su Plan de beneficios:

1. Los Servicios cubiertos deben obtenerse solo de Proveedores del Plan dentro de la Red (a menos que dicha atención se preste como Servicios de emergencia en todo el mundo, Servicios de urgencia fuera de la red o sea Autorizada previamente).
2. Los Servicios cubiertos que prestan Proveedores que no pertenecen al plan se limitan a aquellos servicios prestados como Servicios de emergencia en todo el mundo o Servicios de urgencia fuera de la red, o para los que ha obtenido Autorización previa antes de que se presten.
3. Si busca Atención de Rutina, servicios médicos optativos o

seguimiento de Proveedores que no pertenecen al plan sin un referido aprobado por VHP, VHP no pagará su atención y usted deberá pagar el costo total de dichos servicios.

4. En caso de grandes catástrofes, epidemias, conflictos laborales, guerras y otras circunstancias ajenas a nuestra voluntad. Los Proveedores del Plan VHP proporcionarán beneficios en la medida en que sea práctico, de acuerdo con su mejor criterio dentro de las limitaciones de las instalaciones y el personal disponibles. No tendremos ninguna responsabilidad ante usted por el retraso ni la falta de prestación de servicios en tales condiciones. El Plan hará todo lo posible para prestar los Servicios cubiertos; sin embargo, si los Proveedores del Plan no pueden prestar los servicios en estas circunstancias, el Miembro debe buscar Servicios de emergencia en el centro más cercano, y el Plan proporcionará posteriormente el reembolso de los Servicios cubiertos.
5. Puede negarse, por motivos personales, a aceptar los procedimientos o tratamientos recomendados por su Médico del Plan. Si se niega a seguir un tratamiento o procedimiento recomendado, su Médico del Plan le informará si cree que no hay un tratamiento alternativo aceptable. Puede solicitar una segunda opinión médica de otro Proveedor del Plan VHP. Si aún se niega al tratamiento o procedimiento recomendado, según lo exija la ley, VHP seguirá siendo responsable de proporcionar todos los Servicios cubiertos Médicamente necesarios que usted no rechace.
6. VHP se reserva el derecho de la Coordinación de reembolso de beneficios según se describe en el Acuerdo. Sus Beneficios se limitan en tal medida. Como Miembro, debe brindar información a todos los proveedores de servicios de salud sobre las demás coberturas que tengan usted y sus Dependientes con el fin de cooperar y ayudarnos a coordinar los Beneficios.
7. VHP se reserva el derecho de solicitar el reembolso a terceros, tal como se indica en el Acuerdo. Sus Beneficios se limitan en tal medida. Como Miembro, debe cooperar plenamente en nuestros esfuerzos y firmar los formularios necesarios para obtener esta recuperación.
8. VHP pagará los dispositivos o aparatos bucales de avance mandibular fabricados a medida que sean Médicamente necesarios para tratar la apnea obstructiva del sueño (AOS) y otras afecciones médicas para las que el dispositivo o aparato bucal haya demostrado su eficacia. No se trata de simples “protectores bucales” ni “protectores nocturnos”, que no son un beneficio cubierto. La FDA debe haber aprobado el aparato o dispositivo para tratar la afección.

El beneficio máximo de por vida es de \$1290.00 por todos los aspectos relacionados con la producción y el ajuste del dispositivo, lo que incluye, entre otras cosas, la toma de impresiones, el modelado, la fabricación y la adaptación y el reajuste del dispositivo o aparato hasta 90 días después del ajuste inicial. El seguro médico de VHP es secundario a toda cobertura de seguro odontológico que pueda tener y que proporcione cobertura para cualquier parte de la producción, adaptación y ajuste del dispositivo. La explicación de beneficios o denegaciones de su compañía de seguro odontológico deben acompañar a los recibos por los que solicita el reembolso.

9. VHP pagará los aparatos intrabucales Médicamente necesarios relacionados con la ATM hasta un beneficio máximo de por vida de \$800.00. No se cubren los servicios de colocación de aparatos intrabucales cuyo costo supere el límite de por vida de \$800.00 (aparatos de colocación intrabucales y servicios relacionados).

---

## Exclusiones principales

Quedan excluidos de su Plan de beneficios los siguientes artículos, procedimientos, beneficios, servicios, medicamentos, suministros y equipos, excepto en el caso de algunas prestaciones de servicios Médicamente necesarias. Se pueden encontrar más excepciones en la sección "Beneficios y costos compartidos":

1. Los servicios prestados por un centro que es principalmente un lugar de descanso, un lugar para la tercera edad, una residencia de ancianos o cualquier otro centro de carácter similar, excepto los previstos específicamente como Servicios cubiertos.
2. Servicios que no sean Médicamente necesarios según lo determine el Médico de cabecera, excepto la Cirugía reconstructiva.
3. Servicios prestados por Proveedores que no pertenecen al plan, excepto en caso de Servicios de emergencia o de urgencia fuera de la red/Área de servicio, o Autorización previa del Director Médico.
4. Servicios prestados cuando no es un miembro elegible, antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura del miembro o después del momento en que la cobertura termina.
5. Servicios que solicita un tribunal o como condición de encarcelamiento, libertad condicional o libertad vigilada.
6. Servicios que excedan las limitaciones o no cumplan con las

- condiciones de los Servicios cubiertos que figuran en esta Evidencia de Cobertura, o según lo exijan las leyes estatales y federales.
7. Cargos por servicios que el Miembro no estaría obligado a pagar en ausencia del Acuerdo o que se le prestan sin costo alguno.
  8. Servicios de acupuntura, excepto según se indica específicamente como Servicio cubierto en las secciones "Beneficios y costos compartidos".
  9. Anorexígenos u otros medicamentos utilizados para controlar el peso, a menos que sean Médicamente necesarios.
  10. Terapia acuática y otras terapias en agua, excepto los servicios de terapia acuáticas y otras terapias en agua que formen parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que estén cubiertos en la sección "Beneficios y costos compartidos", en "Servicios para pacientes ambulatorios", "Instalaciones: servicios para pacientes hospitalizados", "Servicios de salud en el hogar" y "Cuidados paliativos". Esta exclusión no se aplica a los servicios que se consideran Médicamente necesarios para el tratamiento contra un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
  11. Inseminación artificial: todo servicio, procedimiento o proceso que prepare al Miembro para recibir la concepción por medios artificiales, como los servicios relacionados con los medicamentos con receta que no están en el Formulario del Plan, el esperma de un donante, la preservación del esperma o los procedimientos de lavado o concentración. Esta exclusión no se aplica a los servicios estándar de preservación de la fertilidad cuando un tratamiento cubierto puede causar infertilidad iatrogénica directa o indirectamente.
  12. Servicios de ensayos clínicos, excepto los que figuran específicamente como Servicio cubierto en la sección "Beneficios y costos compartidos", en "Ensayo clínico".
  13. Servicios quiroprácticos.
  14. Clases y equipos que tienen como único fin el ejercicio, la recreación, la autoayuda, la higiene y el embellecimiento, excepto los que figuran específicamente como Servicio cubierto.
  15. Concepción por medios artificiales, como la fecundación in vitro (FIV), la transferencia intrafalopiana de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT) y la transferencia intrafalopiana de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT) o cualquier otro proceso que implique la extracción o manipulación (física, química o por cualquier otro medio) del óvulo humano para tratar

- la infertilidad, a menos que la infertilidad iatrogénica se deba directa o indirectamente a un tratamiento cubierto.
16. Cirugía estética o cirugía plástica, excepto según se especifica como Servicio cubierto en las secciones "Definiciones" y "Beneficios y costos compartidos" en "Mastectomías y disecciones de ganglios linfáticos".
  17. Cosméticos, productos y tratamientos a base de hierbas, suplementos alimenticios, productos para la salud o productos de belleza.
  18. Atención de custodia o domiciliaria, excepto según lo requieran los cuidados de hospicio.
  19. Servicios odontológicos, excepto los especificados como Servicios cubiertos en la sección "Beneficios y costos compartidos".
  20. Dispositivos o aparatos, excepto las Prótesis, la Ortesis y los dispositivos para personas diabéticas Médicamente necesarios. Los dispositivos específicamente excluidos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: portaligas y dispositivos similares, equipos experimentales o de investigación, dispositivos que no son de naturaleza médica, modificaciones de un hogar o automóvil, equipos de lujo, equipos no estándar, más de un equipo que cumple la misma función, más de un (1) dispositivo para la misma parte del cuerpo, máquinas electrónicas de producción de voz. A menos que sea Médicamente necesario, con Autorización previa, las Ortesis se limitan a una (1) por año.
  21. Suministros desechables de uso en el hogar, como vendas, gasas, esparadrapo, antisépticos, apósitos, vendajes tipo ACE y pañales, calzoncillos y otros suministros para la incontinencia. Esta exclusión no se aplica a los suministros o dispositivos incluidos en la sección "Suministros de ostomía y urológicos" de la sección "Beneficios y costos compartidos".
  22. Servicios educativos para los que un Miembro podría ser elegible en virtud de la legislación estatal, incluida la Ley Lanterman de Servicios para Discapacidades del Desarrollo, la Ley de Servicios de Intervención Temprana de California y los servicios prestados como parte de un programa educativo individualizado para personas con necesidades excepcionales, excepto los que se proporcionan expresamente como Beneficios cubiertos. Consulte la sección "Beneficios y costos compartidos" en "Servicios educativos y promoción de la salud". Esta exclusión no se aplica a los servicios que se consideran Médicamente necesarios para el tratamiento contra un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.

23. Servicios en la sala de emergencias para la atención que no sea de emergencia.
24. Tratamiento experimental o en investigación, excepto según se proporcione expresamente como un Servicio cubierto. Se encuentra disponible la Revisión médica independiente de la Denegación de cobertura por parte de un Plan de Tratamiento experimental y en investigación. Consulte la sección “Beneficios y costos compartidos” en “Servicios de ensayos clínicos” y la sección “Acceso a la atención” en “Revisión médica independiente”.
25. Burbuja gástrica, gastroplastia, derivación gástrica, cirugía bariátrica, cirugía de banda gástrica laparoscópica y grapado gástrico, excepto cuando el Proveedor del Plan determine que es Médicamente necesario.
26. Tratamiento de la pérdida o el crecimiento del cabello para la promoción, prevención u otro tratamiento de la pérdida o el crecimiento del cabello. Esta exclusión no se aplica a los servicios que se consideran Médicamente necesarios para el tratamiento contra un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias.
27. Audífonos, pilas y servicios de audífonos, incluidos el suministro, la adaptación, la instalación o la sustitución de audífonos.
28. Hipnoterapia, terapia de la vista y terapia del sueño. Esta exclusión no se aplica al tratamiento Médicamente necesario de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.
29. Inyecciones de gonadotropina coriónica humana (Human Chorionic Gonadotropin, HCG), a menos que sean Médicamente necesarias con la correspondiente Autorización previa.
30. Hormona de crecimiento humano (Human Growth Hormone, HGH), excepto para miembros con deficiencia confirmada de HGH, y los Servicios cubiertos los recomienda un Especialista del Plan como Médicamente necesarios con la Autorización previa correspondiente.
31. Servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad, excepto el tratamiento para la preservación iatrogénica de la infertilidad.
32. Liposucción.
33. Terapia de masajes, excepto los servicios de terapia de masajes que forman parte de un plan de tratamiento de fisioterapia y que están cubiertos en la sección “Beneficios y costos compartidos”, en “Servicios para pacientes ambulatorios”, “Instalaciones:

Servicios para Pacientes Hospitalizados”, “Servicios de salud en el hogar” y “Cuidados paliativos”.

34. Servicios médicos y hospitalarios de un donante o donante prospectivo cuando el receptor de un trasplante de órganos, tejidos o médula ósea no sea un Miembro. Los Servicios cubiertos para un donante que no es miembro deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto de un Miembro. Se encuentra disponible la Revisión médica independiente de la Denegación de cobertura por parte de un Plan de Tratamiento experimental y en investigación; consulte “Acceso a la atención” en “Revisión médica independiente”.
35. Servicios de salud mental y servicios de dependencia de sustancias químicas ordenados por un tribunal, o como condición de encarcelamiento, libertad condicional o libertad vigilada, excepto si un Médico del Plan determina que los servicios son Servicios cubiertos Médicamente necesarios en la sección “Beneficios y costos compartidos”.
36. Atención por discapacidad relacionada con el servicio militar para la que un Miembro está cubierto o es elegible para dicha atención mediante otro grupo, ya sea asegurado o autoasegurado.
37. Servicios que no son de atención de la salud, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - a. Enseñanza de modales y normas de buena conducta.
  - b. Enseñanza de lectura, independientemente de la dislexia.
  - c. Servicios de enseñanza y apoyo para adquirir habilidades de planificación, como la planificación de actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas, o para aumentar la inteligencia.
  - d. Artículos o servicios con el fin de aumentar los conocimientos o las habilidades académicas.
  - e. Enseñanza del arte, la danza, la equitación, la música, el juego o la natación, excepto los servicios que forman parte de un plan de tratamiento de terapia de salud mental y que están cubiertos en la sección “Servicios de tratamiento de salud mental y conductual proporcionados por un psiquiatra para pacientes ambulatorio” de la sección “Beneficios y costos compartidos”.
  - f. Capacitación profesional o enseñanza de habilidades profesionales.

- g. Cursos de crecimiento profesional, asesoramiento académico o tutoría para habilidades como la gramática, las matemáticas, las finanzas y la gestión del tiempo.
  - h. Capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral.
  - i. Esta exclusión no se aplica a los Miembros que determinan que el tratamiento de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias es Médicamente necesario.
38. Nutrición por vía oral, como suplementos dietéticos, suplementos de hierbas, ayudas para bajar de peso, fórmulas y alimentos. Esta exclusión no se aplica a los Miembros que determinan que el tratamiento de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias es Médicamente necesario.
39. Trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea, que se consideran tratamiento Experimental o de Investigación.
40. Tratamiento de trasplantes de órganos, tejidos y médula ósea, incluidos los servicios médicos y hospitalarios para un Miembro que sea donante o donante prospectivo cuando el receptor de un trasplante de órganos, tejidos o médula ósea no sea un Miembro. Los Servicios cubiertos para un donante que no es miembro deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto de un Miembro.
41. Quedan excluidas de su Plan de beneficios las búsquedas de donantes de órganos y los costos de transporte del receptor o donante al centro de trasplantes.
42. Opiniones Fuera de la red, excepto como un Beneficio cubierto. Se encuentra disponible la Revisión médica independiente de la Denegación de cobertura por parte de un Proveedor del Plan de Tratamiento experimental y en investigación. Consulte la sección "Acceso a la atención" en "Revisión médica independiente".
43. Los medicamentos de venta libre, las plantillas para zapatos, los medicamentos y los suministros no son un Beneficio cubierto, salvo que se especifique en este Acuerdo de membresía y Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación.
44. Implantes de pene y servicios relacionados con la implantación de prótesis de pene, excepto si son Médicamente necesarios por un traumatismo físico directo, un tumor o una enfermedad física

- en el sistema circulatorio o el suministro de nervios. Consulte la sección "Beneficios y costos compartidos".
45. Alojamiento personal, comidas, gastos de viaje y cualquier otro gasto no médico.
  46. Artículos personales o de confort no médicos; mejoras y adaptaciones del entorno; modificaciones de la vivienda, la propiedad o los vehículos de motor; equipos de adaptación, y capacitación en el manejo y uso de vehículos.
  47. Exámenes físicos, evaluaciones e informes, incluidos aquellos para el empleo, el seguro, la concesión de licencias, la escuela, los deportes, las actividades recreativas, los fines prematrimoniales, o exigidos para o por los procedimientos judiciales, a menos que el momento y el alcance coincidan con los exámenes periódicos de evaluación de la salud cubiertos.
  48. Medicamentos con receta y accesorios que no sean Medicamento necesarios, o que no se ajusten a los estándares de atención reconocidos en el ámbito profesional. Medicamentos o fármacos sin receta, incluidos los de venta libre. Medicamentos no aprobados por la FDA. Equivalentes genéricos no aprobados como sustituibles por la FDA. Producto en fase de investigación clínica para uso compasivo no aprobado por la FDA. Se encuentra disponible la Revisión médica independiente de la Denegación de cobertura por parte de un Plan de Tratamiento experimental y en investigación. Consulte la sección "Acceso a la atención" en "Revisión médica independiente".
  49. Recetas de farmacias que no pertenecen al Plan, excepto en relación con Servicios de emergencia, Servicios de urgencia o con Autorización previa. Consulte "Beneficios y costos compartidos" y "Servicios de atención de emergencia y Urgencia".
  50. Servicios de enfermería privada.
  51. Reversión de la esterilización voluntaria o de la infertilidad inducida voluntariamente.
  52. Atención de rutina/estética de los pies, incluido el recorte de callos, durezas y uñas, a menos que sea Medicamento necesaria.
  53. Servicios para cualquier persona en relación con un Acuerdo de Subrogación, excepto para los Servicios cubiertos de otra manera proporcionados a un Miembro que es un sustituto.
  54. Servicios de trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) que no son Medicamento necesarios.

55. La atención oftalmológica, incluidos los artículos y servicios (como la cirugía ocular o los lentes de contacto para remodelar el ojo) con el fin de corregir los defectos de refracción del ojo, como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo, salvo lo dispuesto en el Acuerdo en la sección “Beneficios y costos compartidos”.
56. Rehabilitación profesional.
57. Control de peso, tratamientos contra la pérdida de peso, cirugía para la pérdida de peso o suministros relacionados, a menos que sean Médicamente necesarios o salvo que se proporcionen específicamente como Beneficios cubiertos en la sección “Beneficios y costos compartidos”.



# Responsabilidad de pago y reembolso

---

## Cargos por pago anticipado (primas)

**Debe enviar sus cuotas mensuales de membresía o primas a VHP.**

Envíe el pago directamente por correo a:

County of Santa Clara Valley Health Plan  
PO Box 888435  
Los Angeles, CA 90088-8435

Para entrega al día siguiente, envíe por correo a:

Lockbox Services-#0138435  
County of Santa Clara Valley Health Plan  
3440 Flair Drive  
El Monte, CA 91731

Solo los Miembros por los que VHP ha recibido las primas correspondientes tienen derecho a la cobertura en virtud de este Acuerdo, y solo durante el período para el que hemos recibido el pago. Debe pagar por adelantado las Primas de cada mes que figuran en la hoja de tarifas, que se aplican a su cobertura, a más tardar el último día del mes anterior. Si necesita información sobre el método, el importe o la frecuencia de las Primas, comuníquese con Servicios a Miembros de VHP al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Cambios en las tarifas, los beneficios y los cargos

VHP puede modificar las Primas y los beneficios, en la medida en que lo permita la ley, durante la vigencia del Acuerdo. VHP notificará a los Miembros que pertenecen al Plan VHP de Covered California y al Plan individual y familiar por escrito 60 días antes de cualquier cambio en las tarifas de las Primas. Asimismo, las Primas pueden cambiar cuando se coloca al Suscriptor en otra franja de edad.

Si hay cambios o modificaciones en sus Beneficios, en otros cargos, como los Copagos, o en el costo del aporte a sus Primas de membresía, VHP le notificará el cambio y los motivos.

---

## Otros cargos

Cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar otros cargos determinados, como Deducibles, Coseguro y Copagos. Consulte el “Resumen de beneficios y cobertura” y la “Matriz del programa de beneficios y cobertura”.

---

## Máximo anual de bolsillo

Existe un límite en la parte del costo que debe pagar en cualquier Año calendario por los servicios.

Cuando se haya alcanzado el límite aplicable, VHP se lo informará. Una vez que haya alcanzado el límite de costo compartido del Miembro, no deberá pagar ningún otros copago ni cargos durante el resto del Año calendario.

Si tiene alguna pregunta con respecto al Copago y a los límites máximos anuales, llame a un Representante de Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Beneficio máximo de por vida

No existe un beneficio máximo de por vida (en los beneficios esenciales) que se aplique a los Servicios cubiertos descritos en este folleto. Los únicos límites máximos de beneficios son aquellos específicamente mencionados en este folleto.

---

## Relación de primas y beneficios de atención de la salud

Según la normativa, VHP debe gastar una media de, como mínimo, el 85 % de las Primas en beneficios de atención de la salud; este requisito se conoce como relación de pérdidas médicas o relación mínima de pérdidas (Medical Loss Ratio or Minimum Loss Ratio, MLR). En el proyecto de ley, se definen los “beneficios de atención de la salud” para incluir, pero sin limitarse a ello, los servicios de atención de la salud que presta o reembolsa el plan o sus proveedores contratados como Servicios cubiertos; los costos de los programas o actividades, incluida la capacitación y el suministro de materiales informativos determinados mediante la normativa para mejorar la prestación de una atención de calidad, mejorar los resultados de la atención de la salud o fomentar el uso de la medicina basada en la evidencia; los gastos de control de la enfermedad; los pagos a los proveedores como pagos del grupo de riesgo de las iniciativas de pago por rendimiento; el asesoramiento médico del Plan por teléfono; y los programas de gestión de medicamentos con receta. La MLR es la relación entre los costos administrativos y los costos médicos.

Las Primas se ajustan todos los años. VHP gasta el 91 % de las Primas o la MLR del área geográfica.

---

## Pagos a Proveedores

VHP tiene contrato con sus Proveedores del Plan para prestar Servicios cubiertos a sus Miembros. Los Proveedores del Plan incluyen clínicas, centros de atención urgente, varias clínicas comunitarias, un Gerente de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefits Manager, PBM), servicios odontológicos y oftalmológicos pediátricos, y un proveedor de la línea de asesoramiento del personal de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En

virtud de los términos y condiciones de su membresía en VHP, debe obtener servicios de estos Proveedores del Plan, a menos que esté autorizado a recibirlos en otro lugar o en caso de una situación de Emergencia.

El DMHC revisa y aprueba los acuerdos financieros de VHP con nuestros médicos y proveedores. No se utilizan incentivos financieros para ningún proveedor.

Todos los Proveedores del Plan reciben un pago según los términos y condiciones de sus acuerdos con VHP. Los Proveedores del Plan reciben el 100 % del pago de los Servicios cubiertos, por lo tanto, a excepción de los Deducibles, Coaseguros y Copagos, los Miembros no pagan ningún otro cargo a los Proveedores del Plan.

Para solicitar más información sobre los pagos a proveedores, puede hablar con su Proveedor del Plan o VHP.

---

## Disposiciones de reembolso (reclamaciones)

VHP ha diseñado la cobertura de manera que se reduzca al mínimo la necesidad de que usted presente una reclamación médica o farmacéutica como Miembro. Si, por algún motivo, se le ha facturado o ha pagado por servicios que son Servicios cubiertos, presente la factura detallada o su recibo original que muestre el comprobante de pago junto con su solicitud de reembolso dentro de los 90 días siguientes (o tan pronto como sea posible después) a la recepción de esos Servicios cubiertos.

### Envíe las reclamaciones médicas a:

Valley Health Plan Claims Department  
P.O. Box 26160  
San Jose, CA 95159-6160

Cerciórese de incluir en su solicitud su nombre, el número de la Seguridad Social del Suscriptor, la fecha y el tipo de servicio, el nombre del PCP y cualquier otra información pertinente (como recibos originales, notas del médico, etc.). Debe completar todo el formulario de reclamación de reembolso. VHP tramitará la solicitud de reembolso en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la información completa.

**Envíe las reclamaciones farmacéuticas a:**

Navitus Health Solutions Operations Division - Claims  
P.O. Box 999  
Appleton, WI 54912-0999

Cerciórese de incluir en su solicitud su nombre, la información específica sobre la receta, el motivo por el que solicita el reembolso y todo pago que realizó usted u otra persona en su nombre. Debe completar todo el formulario de reclamación de reembolso.

Para obtener información sobre los reembolsos o para conseguir un formulario de reembolso de reclamaciones, visite 2480 N. First Street, Suite 160, San Jose, CA 95131, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o visite [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org), en el apartado "Materiales para Miembros".

**Envíe las reclamaciones de los servicios oftalmológicos pediátricos a:**

Vision Service Plan (VSP) Customer Service Department  
P.O. Box 997100  
Sacramento, CA 95899-7100

Para presentar un Formulario de reembolso de reclamaciones de servicios oftalmológicos, debe proporcionar información específica con el recibo, el motivo por el que solicita el reembolso y todo pago que realizó usted u otra persona en su nombre. Debe completar todo el formulario de reclamación de reembolso.

VHP puede reembolsarle a usted o al Proveedor del Plan, menos cualquier Coseguro o Copago, por los Servicios cubiertos. Si una solicitud de reembolso se deniega de forma total o parcial, recibirá una notificación por escrito en la que se especificarán los motivos de la Denegación.

Para obtener un Formulario de reembolso de reclamaciones de servicios oftalmológicos, visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com) o llame al **1.800.877.7195 (número gratuito)**, las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana. También puede visitar 2480 N. First Street, Suite 160, San Jose, CA 95131, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** o ingresar en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org), en el apartado "Materiales para Miembros".

VHP revisa todos los servicios recibidos fuera de la Red del Plan para comprobar la idoneidad de la atención. Si los servicios provienen de un

Proveedor del Plan que no es de VHP, ya sean de Emergencia, de Urgencia fuera de la red o autorizados, VHP le reembolsará a usted o al proveedor por esos Servicios cubiertos, menos cualquier Coseguro o Copago obligatorio. Si los servicios del Proveedor que no pertenece al Plan son Servicios no cubiertos, o usted ha excedido los límites de Beneficios o no ha cumplido con su Deducible, VHP no hará el pago/reembolso.

**En caso de que VHP no pague a un Proveedor del Plan, usted no será responsable ante el Proveedor del Plan de ningún importe que le deba VHP. Según lo exige la ley de California, cada contrato entre VHP y un Proveedor del Plan contiene una disposición a este efecto. Sin embargo, en el caso de que VHP no pague a un Proveedor que no pertenece al Plan, usted podría ser responsable ante dicho proveedor por el costo de los servicios.**

---

## Responsabilidad del Suscriptor o afiliado por el pago

Los Miembros del Plan no son responsables de los cargos por los Servicios cubiertos autorizados por su PCP o VHP, que cubre el Plan de beneficios. Es posible que se exija un Deducible, un Coseguro, un Copago u otros cargos para algunos servicios. El Copago específico u otros cargos de su Plan de beneficios se pueden encontrar en este Acuerdo.

Si obtiene atención que no presta su PCP ni autoriza su PCP o VHP, usted deberá hacerse cargo del costo de la atención prestada. Esto no se aplica si recibe Servicios de emergencia o de urgencia Fuera de la red/Área de servicio que son Servicios cubiertos y ha notificado a su PCP o VHP.

Si obtiene atención de su PCP por un Servicio no cubierto o si le emiten un referido para recibir servicios de un Proveedor que no pertenece a VHP que no han sido Autorizados previamente por VHP, usted deberá pagar dichos Servicios no Cubiertos. Los Servicios no cubiertos que no se cubren se enumeran en la sección "Limitaciones y exclusiones" y en las secciones "Beneficios y costos compartidos" en "Beneficios".

---

## Responsabilidad del Suscriptor o afiliado que recibe crédito fiscal anticipado para primas (APTC)

**Derechos de restablecimiento:** en el caso de los Miembros que hayan pagado la totalidad de la prima de, como mínimo, un mes, habrá un período de gracia de 90 días (tres meses) que comienza el primer día del primer mes que permite al Miembro restablecer la cobertura mediante el pago de la totalidad de la prima pendiente de pago antes del último día del tercer mes.

**Cobertura durante el primer mes:** los Miembros que se encuentren en el período de gracia de 90 días deben tener cobertura de su Plan de beneficios solo durante el primer mes de prima impagada.

**La cobertura se suspende durante el segundo y tercer mes del período de gracia de 90 días:** los planes pueden “suspender” la cobertura de los Miembros elegibles durante el segundo y tercer mes del período de gracia de 90 días.

Los proveedores de la red del Plan no tienen la obligación, en virtud de su contrato con el Plan, de prestar Servicios cubiertos a un Miembro mientras la Cobertura esté suspendida. Los Miembros pueden recibir servicios de sus proveedores, pero deben abonarlos, a menos que se les restablezca la cobertura al final del tercer mes del período de gracia o antes.

---

## Reembolso/responsabilidad de terceros

En los casos de daños causados por cualquier acto u omisión de un tercero, incluidos, entre otros, los accidentes automovilísticos y las lesiones y enfermedades cubiertas por la indemnización laboral y las complicaciones derivadas de estas, el Plan prestará los Servicios cubiertos. No obstante, debe informar a VHP o a su proveedor cuando los servicios prestados se cubran en virtud de las leyes de compensación de los trabajadores, de automóviles o de accidentes, u otra cobertura de responsabilidad civil. El Plan no duplicará la cobertura de dichos servicios.

Cuando exista una disputa legítima con un tercero responsable, el Plan prestará los Servicios cubiertos hasta que se resuelva la disputa. Debe aceptar brindar toda la información y firmar los documentos adecuados necesarios para llevar a cabo el derecho del Plan de recuperar sus costos

de los servicios prestados o para que VHP obtenga un gravamen. De lo contrario, VHP puede denegar la cobertura de dicho reembolso. Según sea necesario, VHP o sus Proveedores del Plan buscarán el reembolso de hasta el importe que VHP haya pagado por cualquier servicio prestado que duplique dicha cobertura. En el caso de una recompensa monetaria, VHP o sus Proveedores del Plan deben obtener el reembolso inmediatamente después de recibir la recompensa. Debe notificar a VHP todo pago duplicado realizado por dichos servicios. VHP también tiene la opción de subrogarse en sus derechos en la medida del costo de los beneficios prestados por el Plan. Esto significa que, cuando VHP haya pagado los servicios, tiene derecho a cobrarle directamente a cualquier tercero que tenga dicha responsabilidad.

Si desea liberar a un tercero de la responsabilidad o resolver una reclamación contra un tercero por la que recibe compensación por la atención médica prestada mediante el VHP, debe obtener el consentimiento previo por escrito de VHP si tales actos limitarían el derecho de VHP al reembolso.



# Asistencia de Servicios a Miembros

---

## Representante de Servicios a Miembros

La máxima prioridad de VHP es brindar un servicio y una atención de la salud de calidad a sus Miembros. Todo el mundo en VHP comparte la responsabilidad de asegurar su satisfacción. Nuestros Representantes de Servicios a Miembros estarán encantados de responder sus preguntas, atender sus reclamaciones u obtener su opinión sobre los servicios de VHP y sus Proveedores del Plan.

Servicios a Miembros está disponible para brindarle ayuda por teléfono al **1.888.421.8444 (número gratuito)**. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad.

Pregunte a nuestros representantes cómo obtener atención médica, cómo interpretar sus beneficios para la salud para la salud cubiertos, qué hacer si se muda, cómo agregar dependientes, cómo obtener una nueva Tarjeta de identificación de VHP o cómo presentar reclamaciones de los miembros o presentar Quejas formales. También están a su disposición si tiene algún otro problema de servicio. También puede solicitar materiales del Plan.

Si un representante no puede atender, puede dejar un mensaje las 24 horas del día, y su llamada se devolverá el siguiente día hábil.

Si tiene que notificar a VHP de una situación de atención de emergencia o urgente, deje un número de teléfono para comunicarnos con usted.

---

## Horario de inscripción abierta

Durante el período de inscripción abierta, Servicios a Miembros puede atender llamadas al **1.888.421.8444 (línea gratuita)**, de lunes a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

---

## Horario de inscripción no abierta

Durante el período de inscripción no abierta, Servicios a Miembros puede atender llamadas al **1.888.421.8444 (línea gratuita)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora estándar del Pacífico), y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m (hora estándar del Pacífico).

---

## Asistencia lingüística

Si necesita asistencia lingüística, los Servicios a Miembros de VHP la ofrecen por teléfono de forma gratuita. El horario de atención sin cita previa es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Valley Health Plan se encuentra en 2480 N. First Street, Suite 160, San Jose, CA 95131. También puede ingresar en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para obtener actualizaciones recientes, listas de proveedores e información general.

---

## Registros/información de membresía

En los registros de membresía, se incluye información de elegibilidad y otra información sobre usted y otros familiares. Estos registros son muy importantes porque lo identifican como Miembro y determinan dónde pueden recibir servicios usted y sus Dependientes inscritos. Los registros incorrectos pueden retrasar la atención médica, crear problemas en la Cobertura y, posiblemente, costarle dinero. Es su responsabilidad mantener actualizados sus registros de membresía.

Para cambiar sus registros de membresía o recibir una nueva Tarjeta de identificación con sus nuevos registros, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Se debe notificar a VHP sobre su fallecimiento o el fallecimiento de su Dependientes, el derecho a otra cobertura de salud o el derecho a Medicare.

---

## Quejas formales de los Miembros

VHP se enorgullece de ser un plan de salud centrado en el Miembro. Llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para resolver sus inquietudes. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad. También puede ingresar en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org) para obtener actualizaciones recientes, listas de proveedores e información general.

Puede solicitar que se presente una Queja formal verbalmente en su nombre o puede completar un formulario de Queja formal y presentarlo a VHP. Los formularios de Queja formal pueden obtenerse mediante VHP, el consultorio de su proveedor del Plan y nuestro sitio web en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org), en “Materiales para Miembros”. Los formularios de Queja formal se ofrecen en inglés, español y vietnamita sin costo alguno. Los formularios de Queja formal, traducidos a otros idiomas, también están disponibles sin costo alguno. Para obtener más información sobre estos formularios y otros servicios lingüísticos de VHP, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

Envíe su formulario de Queja formal a:

Valley Health Plan - Grievance Department  
2480 N. First Street, Suite 160  
San Jose, CA 95131

También puede presentar su Queja formal en línea en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Quejas formales de los servicios oftalmológicos pediátricos

Para presentar una Queja formal de los servicios oftalmológicos pediátricos, comuníquese con Vision Service Plan (VSP) al **1.800.367.9618 (número gratuito)** o envíe su Queja formal en línea en [www.vsp.com](http://www.vsp.com). La información de contacto también se encuentra en su Tarjeta de identificación de VHP.

Tiene 180 días a partir de la fecha del evento que desencadenó la Queja formal para presentarla. Según sea necesario, los 180 días comienzan en la fecha en que el Plan le proporciona un Formulario de Queja formal traducido al idioma que eligió.

Incluya toda la información pertinente de su Tarjeta de identificación de VHP y los detalles y las circunstancias en torno a su inquietud o problema. Proporcionar toda la información posible puede eliminar el tiempo necesario para recopilar esos datos. La información pertinente debe incluir todos los registros médicos o las opiniones de los médicos que respalden su reclamación; de lo contrario, es posible que deba obtener sus registros médicos de su Médico del Plan o que deba obtenerlos de un Médico que no pertenezca al Plan. Se acusará recibo de su Queja formal en un plazo de cinco (5) días calendario a partir de su recepción. VHP le notificará el resultado por escrito dentro de los 30 días calendario de la recepción de su Queja formal.

Si la Queja formal supone una amenaza inminente y grave para su salud o la de sus Dependientes, incluidos, entre otros, el dolor intenso, el bienestar psicológico, así como la posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante, tendrá derecho a una revisión acelerada. En la Queja formal, se debe indicar que usted solicita una revisión acelerada. Se le notificará el resultado o el estado en un plazo de tres (3) días calendario a partir de la recepción de la Queja formal urgente.

Si no está conforme con la decisión de la Queja formal, puede comunicarse con el Departamento de Atención de la Salud Administrada del Estado de California (DMHC) y seguir los procedimientos descritos en esta sección, en "Línea de ayuda al consumidor del DMHC".

El Plan no exige que el Miembro deba participar primero en el proceso de Queja formal del Plan antes de solicitar al Departamento la revisión de una Queja formal. Consulte la sección "Acceso a la atención" en "Revisión médica independiente".

---

## Línea de ayuda al consumidor del DMHC

“El Departamento de Atención de la Salud Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si tiene una Queja formal contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1.888.421.8444 (número gratuito)** y usar el proceso de Quejas formales de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Las personas con dificultades auditivas y del habla deben llamar al Servicio de Retransmisión de California (CRS). Para ello, deben marcar 711 o el número 800 del CRS de su modalidad. El uso de este procedimiento de Quejas formales no prohíbe ningún posible derecho legal o recurso que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una Queja formal que involucre una emergencia, una Queja formal que su plan de salud no haya resuelto de manera satisfactoria o una Queja formal que no se haya resuelto durante más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener asistencia.

También puede ser elegible 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 de los tratamientos que son experimentales o de investigación, así como las disputas de pago de los servicios médicos de emergencia o de urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito, que es el **1-888-466-2219**, y una línea de TDD, que es **1-877-688-9891**, destinada a las personas con impedimentos auditivos y del habla. En el sitio web del Departamento, que es <http://www.dmhc.ca.gov>, se incluyen formularios de reclamaciones, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea”.

---

## Comité de Política Pública

Puede a que VHP establezca políticas públicas mediante el Comité de Políticas Públicas de VHP, el Consejo Asesor de VHP. Las conclusiones y recomendaciones de este Comité de Políticas Públicas o Consejo Asesor se comunican de forma periódica al órgano de gobierno de VHP. Como mínimo, el 51 % del comité debe ser Miembro de VHP. “Política pública” se refiere a los actos realizados por VHP y sus empleados para asegurar la comodidad, la

dignidad y la conveniencia de los Miembros que confían en los proveedores de VHP para la prestación de servicios. Comuníquese con Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** si quiere ser miembro del Consejo Asesor o si desea obtener más información.

---

## Directiva anticipada de atención de la salud: sus opciones de atención de la salud

La Directiva anticipada de atención de la salud es un documento formal, que firma usted antes de una enfermedad o daño grave, que guiará a sus médicos a la hora de proporcionar tratamiento. A pesar de este documento, sigue teniendo derecho a tomar decisiones médicas y de atención de la salud por su cuenta, siempre y cuando pueda dar su consentimiento informado respecto a la decisión en cuestión. Siempre que pueda hablar por su cuenta, los Proveedores del Plan respetarán sus deseos. No obstante, si sufre una discapacidad que no le permite tomar una decisión con conocimiento de causa, esta directiva guiará su tratamiento de atención de la salud en función de las indicaciones que establezca en la Directiva anticipada de atención de la salud.

Existen dos (2) tipos básicos de directivas anticipadas de atención de la salud en California que brindan protección legal a sus médicos si surge un desacuerdo sobre el cumplimiento de sus deseos. Los tipos son los siguientes:

- Poder notarial duradero para decisiones de atención de la salud (Durable Power of Attorney for Health Care Decisions, DPAHCD)
- Declaración de la Ley de Muerte Natural

El documento preferido es el DPAHCD. Con la ayuda de un Representante de Servicios a Miembros de VHP, puede obtener uno.

Las políticas relacionadas con su derecho a tomar decisiones de tratamiento médico pueden variar de un centro a otro. Por ejemplo, en los quirófanos es habitual suspender las directivas anticipadas de atención de la salud y proporcionar todo el tratamiento de reanimación y de prolongación de la vida adecuado durante la cirugía y la recuperación.

Es su responsabilidad informarse de las políticas de su hospital u otro centro de salud sobre el cumplimiento de las directivas anticipadas de atención de la salud, y cumplir con estas. Entregue copias de la Directiva anticipada de

atención de la salud completada a su médico, a su representante (si lo ha designado) y a su familia. Cerciérese de conservar una copia para usted y de llevar una durante su hospitalización.

No es necesario que tenga una Directiva anticipada de atención de la salud. Si no tiene una, puede recibir tratamiento y seguirá haciéndolo.

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de atención de la salud o necesita más ayuda para obtener formularios, comuníquese con su Médico de cabecera o con Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.



# Finalización de la Cobertura

---

La Cobertura finalizará de acuerdo con los requisitos establecidos por el Intercambio en función de los requisitos y otras leyes, reglas y reglamentos estatales y federales vigentes, incluidos los siguientes eventos:

- Antes de que termine la vigencia del contrato, puede finalizar la Cobertura de los Miembros individuales mediante una cancelación voluntaria; esto debe avisarse con un mínimo de 14 días de anticipación. Este aviso puede entregarse a VHP o a Covered California.
- La Cobertura de los Miembros individuales puede finalizar debido a la pérdida de elegibilidad a partir del último día del mes posterior al mes en que el VHP envía el aviso al Miembro.
- La Cobertura de los Miembros individuales finalizará si se autoriza el cambio de inscripción a otro plan con efecto a partir del último día anterior a la Fecha de entrada en vigor de la cobertura en el nuevo plan.
- La Cobertura finalizará por la falta de pago de la prima de un Miembro individual a partir de los siguientes momentos:
  - El último día del primer mes previsto para la falta de pago de las primas por parte de las personas que reciben pagos anticipados del impuesto sobre las primas, tal y como exigen las guías del IRS.
  - El último día de cobertura establecido por los períodos de gracia según la ley estatal vigente, incluidos los requisitos relativos a los Códigos de Salud y Seguridad, y los Códigos de Seguros.
- La Cobertura finalizará por la falta de pago de la prima de un Miembro individual si se agota el período de gracia. Si la Cobertura finaliza fuera del período de inscripción normal, y el Miembro no cumple los

requisitos para solicitar una inscripción especial, la Cobertura del Miembro se da por terminada y pierde el derecho a restablecerla.

Los términos y condiciones específicos vinculados a la finalización de la cobertura, incluido el derecho de VHP a terminar en relación con la recepción de pagos parciales, estarán sujetos a otras especificaciones establecidas en el Manual Administrativo del Intercambio, las leyes, las reglas y los reglamentos vigentes.

Si tiene otras preguntas sobre el proceso de Cancelación de la Inscripción o Finalización, revise las siguientes secciones o llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Pérdida de elegibilidad

VHP es responsable de hacer cumplir las reglas de pago de la Prima a nuestro cargo, como se indica en los términos establecidos en esta Evidencia Combinada de Cobertura y Formulario de Divulgación con respecto a la falta de pago de la Prima por parte del Miembro de manera oportuna como se indica en el Acuerdo y de acuerdo con las leyes, reglas y regulaciones vigentes.

El cumplimiento por parte de VHP incluirá, entre otros aspectos, acciones y avisos de morosidad y finalización, requisitos de período de gracia de 30 días y reglas de pago parcial. Dicho cumplimiento se llevará a cabo de acuerdo con las leyes, las reglas y los reglamentos vigentes. VHP notificará al Intercambio de acuerdo con las políticas que este estableció con respecto a la falta de pago de la Prima por parte de un Miembro en forma oportuna.

En el caso de que VHP termine la Cobertura de un Miembro en un Plan de salud Calificado (QHP) debido a la falta de pago de las Primas, la pérdida de elegibilidad, el fraude o la tergiversación, el cambio en la selección del Miembro del QHP, la descertificación del QHP de VHP, o según lo autorizado por la normativa, VHP debe incluir el lenguaje de apelaciones aprobado por el Intercambio en su aviso de terminación de la Cobertura al Miembro.

VHP reconoce y acepta que las leyes, las reglas y los reglamentos vigentes, incluida la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y los reglamentos de implementación, especifican un período de gracia para las personas que reciben pagos anticipados del crédito fiscal de la prima mediante el Intercambio, y que la Ley Knox-Keene y el Código de Seguros

establecen un período de gracia para otras personas con respecto a los pagos en mora. VHP se compromete a cumplir con los requisitos establecidos en los reglamentos estatales y federales, y requeridos por las leyes, las reglas y los reglamentos aplicables con respecto a estos períodos de gracia.

---

## Inscripción en Medicare

Si se inscribió en VHP y usted o sus Dependientes son elegibles para Medicare, no pueden continuar su Cobertura en virtud de este Acuerdo.

Si tiene preguntas sobre la inscripción en Medicare, VHP de Covered California y el Plan individual y familiar, llame a VHP para analizar sus opciones para no perder la cobertura.

---

## Multas por inscripción tardía de Medicare

Si es elegible para la Parte B de Medicare y no se inscribe, Medicare puede exigirle que pague una multa por inscripción tardía si se inscribe más tarde. Sin embargo, si retrasa la inscripción en la Parte B porque usted o su cónyuge siguen trabajando y tienen cobertura de un plan de salud grupal de la empresa, es posible que no tenga que pagar la multa.

Además, si usted es (o llega a ser) elegible para Medicare y no tiene una cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura de medicamentos que es, como mínimo, tan buena como la cobertura de medicamentos con receta estándar de la Parte D de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si más tarde se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)**.

---

## Alistamiento en los servicios uniformados

VHP puede cancelar su membresía o la membresía de sus Dependientes si usted o sus Dependientes ingresan al servicio de tiempo completo en cualquier rama de las fuerzas armadas (alistamiento), y usted es elegible para otra cobertura de salud y queda cubierto por ella.

Si usted o su Dependientes se enlistan, llame a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para analizar su finalización o sus opciones para no perder la cobertura.

---

## Revisión estatal de la finalización

Si cree que su membresía se canceló debido a problemas con su salud o a su necesidad de atención de la salud, puede solicitar una revisión del Departamento de Atención de la Salud Administrada de California al **1.888.466.2219 (número gratuito)**. Para obtener más información, números de teléfono o direcciones de correo electrónico, consulte la sección "Asistencia de Servicios a Miembros" en "Línea de ayuda al consumidor del DMHC".

---

## Cese de la cobertura

VHP no cubrirá ningún servicio o suministro que se preste después de la fecha de finalización de la cobertura, independientemente de si a usted lo atendía un médico u otro proveedor por una afección o curso de tratamiento. Las únicas excepciones son, en su caso, las siguientes circunstancias:

- Usted o su Dependiente son pacientes registrados en un hospital del Plan en la fecha en que VHP finaliza el Acuerdo. Usted o su Dependiente pueden recibir todos los Beneficios de su cobertura de VHP por la afección que lo confina al hospital, siempre y cuando se paguen la Prima y los copagos correspondientes, hasta que esos Beneficios expiren o reciba el alta hospitalaria del centro, lo que ocurra primero.
  - Usted o su Dependiente reciben atención obstétrica como paciente hospitalizado en un Centro del Plan en la fecha de finalización, y no ha habido incumplimiento de las Primas.
- 

## Reembolsos en caso de cancelación

Si su Cobertura finaliza, el pago de las primas correspondientes a cualquier período posterior a la fecha de finalización y cualquier otro importe que se le deba se le reembolsará en un plazo de 30 días. Los reembolsos son

menos los importes que se deban a VHP o a los Proveedores de VHP. Si su Cobertura finaliza debido a un fraude o engaño en el uso de los servicios o centros de salud, o si usted permitió a sabiendas que otra persona llevara a cabo dicho fraude o engaño, no se efectuarán reembolsos.

Finalización a mitad de mes: en caso de que la finalización del presente Acuerdo se produzca a mitad de mes, la prima correspondiente a ese mes se prorrateará. VHP tendrá derecho a las primas de los Miembros por el período anterior a la fecha de finalización, y los Miembros tendrán derecho a un reembolso del saldo del mes.



# Sus derechos y responsabilidades

---

## Como Miembro, tiene derecho a lo siguiente:

- Ejercer estos derechos sin tener en cuenta la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la religión, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género, el credo, los antecedentes familiares, el estado civil, la condición de veterano, el origen nacional, la discapacidad o la condición; su origen cultural, económico o educativo; las fuentes de pago de su atención; o alguna otra clasificación prohibida por las leyes estatales o federales.
- Recibir un trato digno, respetuoso y considerado.
- Esperar que los proveedores de atención médica (médicos, profesionales médicos y su personal) tengan piedad con sus necesidades.
- Recibir información sobre VHP, sus servicios y los Proveedores del Plan.
- Conocer el nombre del Médico de cabecera que tiene la responsabilidad principal de coordinar su atención de la salud, así como los nombres y las relaciones profesionales de otros Proveedores del Plan a los que acude.
- Participar de manera activa en su propia atención de la salud, lo que, en la medida en que lo permita la ley, incluye el derecho a recibir información para poder aceptar o rechazar el tratamiento recomendado.
- Recibir toda la información sobre los tratamientos o procedimientos propuestos que pueda necesitar para dar su consentimiento informado o rechazar este curso de tratamiento o procedimiento. Excepto en el caso de los Servicios de emergencia, esta información incluirá una descripción del procedimiento o tratamiento, los riesgos médicamente significativos que conlleva, los cursos de acción alternativos y los riesgos que conlleva cada uno, así como el nombre del Proveedor del Plan que llevará a cabo el tratamiento o procedimiento.

- Recibir plena consideración de la privacidad en lo que respecta a su curso de tratamiento. Los análisis de casos, las consultas, los exámenes y los tratamientos son confidenciales y deben realizarse con discreción. Tiene derecho a conocer el motivo en caso de que alguna persona esté presente o intervenga durante estos procedimientos o tratamientos.
- Recibir un tratamiento confidencial de la información en cumplimiento de las leyes estatales y federales, incluida la ley HIPAA (incluidas todas las comunicaciones y registros médicos) en relación con su atención. Salvo que sea necesario en relación con la administración del Acuerdo y el cumplimiento de los requisitos estatales y federales (incluidos los programas de revisión para lograr una atención médica de calidad y rentable), dicha información no se divulgará sin obtener primero un permiso por escrito de usted o de su representante autorizado
- Recibir información completa sobre su afección médica, los cursos de tratamientos propuestos y sus perspectivas de recuperación en términos que usted pueda entender.
- Dar el consentimiento informado antes de iniciar algún procedimiento o tratamiento, a menos que sea médicamente desaconsejable.
- Rechazar los servicios de atención de la salud en la medida en que lo permita la ley y recibir información de las consecuencias médicas de ese tratamiento, a menos que sea médicamente desaconsejable.
- Obtener un referido inmediato y accesible a los Servicios cubiertos Médicamente necesarios.
- Obtener una segunda opinión médica, cuando sea médicamente apropiada, de otro Médico del Plan dentro de su Red de Proveedores de VHP.
- Poder programar citas de manera oportuna.
- Obtener continuidad razonable de la atención y conocimiento previo de la hora y el lugar de las citas.
- Obtener respuestas razonables a toda solicitud razonable de Servicios cubiertos.
- Hacer que todos los informes de laboratorio, radiografías, informes de especialistas y otros registros médicos se completen y se incluyan en sus archivos lo antes posible para que su Médico de cabecera pueda tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.
- Cambiar de Médico de cabecera.

- Revisar sus registros médicos, a menos que sea médicamente desaconsejable.
- Recibir información sobre los cargos (Copagos) asociados con los Servicios cubiertos.
- Estar al tanto si un Proveedor del Plan propone participar o realizar atención o tratamiento que implique procedimientos médicos experimentales. Usted tiene derecho a negarse a participar en dichos procedimientos.
- Abandonar un Centro u Hospital del Plan, incluso en contra del consejo de los Proveedores del Plan.
- Recibir información sobre los requisitos de atención de la salud continua después del alta hospitalaria de los Centros u Hospitales del Plan.
- Recibir información y, si es necesario, asistencia para elaborar una Directiva anticipada de atención de la salud.
- Tener derechos extendidos a cualquier persona que legalmente pueda tomar decisiones sobre la atención médica en su nombre.
- Saber cuándo los Proveedores del Plan ya no tienen un acuerdo contractual con VHP.
- Examinar y recibir una explicación de las facturas por Servicios no cubiertos, independientemente de la fuente de pago.
- Presentar una Queja formal sin discriminación mediante VHP o de las agencias estatales o federales correspondientes.
- Conocer las reglas y políticas que se aplican a su conducta como Miembro.
- Conocer las credenciales de los Proveedores, disponibles mediante solicitud o a través del directorio de proveedores.
- Recibir información sobre el seguro por mala praxis de los proveedores a solicitud.

---

## Como Miembro, tiene la responsabilidad de lo siguiente:

- Aceptar la responsabilidad fiscal de todo costo de participación, como Primas, Deducibles, Coseguros o Copagos.
- Aceptar la responsabilidad fiscal asociada con los Servicios no cubiertos. Los Servicios cubiertos deben obtenerse solo de Proveedores del Plan dentro de la Red de VHP (a menos que dicha atención se preste como Servicios de emergencia en todo el mundo o tenga Autorización previa).
- Mantener un comportamiento que apoye razonablemente los objetivos terapéuticos y la supervisión profesional, según lo especificado.
- Tratar a los proveedores de atención médica, al personal y a los demás con respeto para evitar toda interferencia en su Proveedor del Plan o su capacidad para brindar atención.
- Proteger la confidencialidad de su propia atención personal de la salud, así como la de otros Miembros.
- Cooperar con los esfuerzos de recuperación de VHP o de un Proveedor del Plan.
- Participar en su atención de la salud mediante la programación y la asistencia a las citas con los Proveedores del Plan. Si no puede asistir a la cita, llame con anticipación y re programe o cancele la cita.
- Informar de inmediato todo cambio en su nombre, dirección, número de teléfono o estado de su familia a un Representante de Servicios a Miembros.
- Informar a su proveedor si tiene un testamento vital, un poder notarial médico u otras directivas que afecten la atención médica.

---

## Ley vigente

VHP está sujeto a las leyes estatales y federales, incluida la Ley del Plan de Servicios de Atención Médica Knox-Keene, y la normativa emitida por el DMHC. Los términos y disposiciones del Acuerdo pueden enmendarse o modificarse si la lo exige la ley. Usted y VHP deberán acatarse a toda disposición exigida en esta Evidencia Combinada de Cobertura y Formulario de Divulgación por la normativa mencionada, ya sea que esté expresamente previsto en este documento.

---

## Suspensión de servicios

En caso de emergencia o de circunstancias que VHP no pueda controlar, pueden suspenderse los servicios. Si se suspenden los servicios, es posible que los centros, el personal o los recursos de VHP o de sus Proveedores del Plan no puedan prestar ni organizar los servicios de atención de la salud de conformidad con el Acuerdo. Teniendo en cuenta la naturaleza del evento, la obligación de VHP se limitará a la exigencia de hacer un esfuerzo de buena fe para prestar u organizar los Servicios cubiertos.

---

## Prácticas de privacidad e información médica protegida (PHI)

VHP cumple con la HIPAA y protege la PHI según lo exige la ley. VHP acepta mantener y preservar la confidencialidad de toda la información médica protegida. También exige que sus proveedores contratados protejan su PHI en sus registros médicos, y dicha información de los Proveedores del Plan se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y federales. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de Seguridad Social u otra información que revela su identidad.

Salvo que sea necesario en relación con la administración del Acuerdo y el cumplimiento de los requisitos estatales y federales (incluidos los programas de revisión para lograr una atención médica de calidad y rentable), dicha información no se divulgará sin obtener primero un consentimiento por escrito de usted o de su representante autorizado. Sin embargo, según los términos del Acuerdo, usted autoriza la divulgación de información y el acceso a todos y cada uno de sus registros médicos. Dicha divulgación de sus registros médicos sin su consentimiento por escrito incluye los propósitos de revisión de utilización, garantía de calidad, procesamiento de cualquier reclamación, auditoría financiera o cualquier otro propósito razonablemente relacionado con la provisión de Cobertura a VHP, sus agentes y empleados, su Médico de cabecera y las agencias gubernamentales apropiadas.

VHP garantiza que los miembros tengan fácil acceso a los registros de salud personales. Como Miembro, puede solicitar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de VHP. Para ello, debe comunicarse con Servicios a Miembros de VHP o consultar esta información en [www.valleyhealthplan.org](http://www.valleyhealthplan.org).

---

## Prácticas de privacidad con respecto a la información confidencial o los servicios delicados

El Miembro también puede llamar a Servicios a Miembros al **1.888.421.8444 (número gratuito)** para solicitar que las comunicaciones confidenciales se emitan de una forma en especial, y VHP aceptará la solicitud en la forma y el formato solicitados por el Miembro, siempre y cuando se pueda producir con facilidad, o en lugares alternativos. La solicitud de comunicaciones confidenciales se aplicará a todas las comunicaciones en las que se divulgue información médica o el nombre y la dirección del proveedor relacionados con la recepción de servicios médicos por parte de la persona que solicita la comunicación confidencial. La solicitud de comunicación confidencial será válida hasta que el Miembro presente una revocación o se presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

Si una persona protegida ha designado una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono alternativos para recibir comunicaciones confidenciales, VHP dirigirá todas las comunicaciones relacionadas con los Servicios Delicados a esa dirección postal, dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativos.

Si una persona protegida **no ha** designado una dirección postal, una dirección de correo electrónico o un número de teléfono alternativos para recibir comunicaciones confidenciales, VHP dirigirá todas las comunicaciones relacionadas con los Servicios Delicados en nombre de la persona protegida a la dirección o al número de teléfono que figura en el archivo.

Por “persona protegida” se entiende todo adulto que tiene cobertura mediante el plan de servicios de atención de la salud del Suscriptor o un menor que pueda dar su consentimiento a un servicio de atención de la salud sin el consentimiento del padre, la madre o el tutor legal, de acuerdo con la ley estatal o federal. “Persona protegida” no incluye a una persona que carezca de la capacidad de dar su consentimiento informado para recibir atención de la salud. Las comunicaciones con respecto a la recepción de Servicios Delicados por parte de una persona protegida incluyen las siguientes:

- Facturas e intentos de cobrar el pago.
- Aviso de determinaciones adversas de beneficios.
- Aviso de explicación de beneficios.

- Solicitud de más información de un plan de servicios de atención de la salud con respecto a una reclamación.
- Aviso de una reclamación impugnada.
- El nombre y la dirección de un proveedor, la descripción de los servicios prestados y otra información relacionada con una visita.
- Toda comunicación escrita, oral o electrónica del Plan que contenga información médica protegida.

EXISTE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL VALLEY HEALTH PLAN PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS, Y SE LE PROPORCIONARÁ SI LO SOLICITA.

