

Descifrando el Laberinto

Una Guía para los Servicios de Salud y
Derechos y Recursos de Seguro para
los Californianos con Discapacidades

Autora Principal: Robin L. Goldfaden

Diseñado y producido por Public Media Center

Fotografías de Pat Kirkpatrick (excepto la pág. 77 por Ralf Hotchkiss).

Copyright ©2001 por Disability Rights Advocates, una corporación sin fines de lucro.

Número de Control de la Biblioteca del Congreso: 2001096967 / ISBN 0966235525

La entrega de ejemplares gratuitos a la comunidad de discapacitados de California fue posible gracias a The California Endowment.

Para ordenar ejemplares de Descifrando el Laberinto,
por favor envíe un cheque a nombre de DRA por \$19.95 a:

Disability Rights Advocates - Attn: Through the Maze

449 15th Street, Suite 303, Oakland, CA 94612.

Al ordenar 10 o más, DRA le otorgará un descuento.

Existen tarifas de correo prioritario. Contacte a DRA por correo electrónico:

healthaccess@dralegal.org

Por favor tenga en cuenta que la información proporcionada en esta guía no sustituye la asesoría legal. Consulte a un abogado si tiene algún problema.

^ ¿Qué es el Proyecto de Acceso a Servicios de Salud de DRA?

Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates - DRA) es una corporación sin fines de lucro que protege los derechos humanos y civiles de las personas discapacitadas en Estados Unidos y el resto del mundo. DRA es administrada por personas discapacitadas para personas discapacitadas. Trabajamos para dar fin a la discriminación en el acceso a servicios públicos, empleo, transporte, servicios de salud, seguros, educación y vivienda. Con oficinas centrales en el Área de la Bahía de San Francisco, DRA ha desafiado exitosamente las prácticas injustas llevadas a cabo por muchas de las empresas e instituciones más grandes y poderosas de la nación. Damos servicio a todas las discapacidades, y nos concentramos en el cambio sistémico. DRA tiene una filial en Budapest, Hungría.

Para atacar las numerosas barreras que enfrentan los discapacitados todos los días para lograr acceso a servicios de salud y seguros de calidad, DRA creó su Proyecto de Acceso a Servicios de Salud (Health Access Project). El Proyecto es una campaña de ayuda comunitaria y educación desarrollada en torno a tres publicaciones. La primera, *Disability Watch, Volume 2*, es un reporte estadístico de la situación de los discapacitados en Estados Unidos. *Disability Watch* analiza de cerca los problemas que enfrentan los discapacitados al tratar de tener acceso a servicios de salud y seguros médicos. Posteriormente, *Through the Maze* (Descifrando el Laberinto) ataca estos problemas educando a la gente sobre sus derechos a servicios de salud accesibles y sobre las leyes

que les pueden ayudar a tener acceso a seguros de calidad. El *Legal Treatise* (Tratado Legal) ofrece más información técnica sobre las leyes y derechos que aparecen en Descifrando el Laberinto. Por medio de estos manuales, el Proyecto de Acceso a Servicios de Salud pretende ayudar a los discapacitados a hacer valer sus derechos e identificar y beneficiarse de los recursos existentes en sus comunidades.

Como parte de la campaña de ayuda comunitaria y educación del Proyecto de Acceso a Servicios de Salud, DRA llevará a cabo talleres para personas con discapacidades en todo California. Estos talleres capacitarán a los participantes sobre sus derechos y les darán las herramientas necesarias para defender el respeto y cumplimiento de dichos derechos. Para obtener un manual gratuito para el consumidor, o para obtener mayor información sobre un taller de capacitación en su comunidad, llame al Proyecto de Acceso a Servicios de Salud (Health Access Project), sin costo al 888-926-0274.

DRA es una organización privada sin fines de lucro apoyada por contribuciones deducibles de impuestos y donaciones individuales.

^ Prefacio

>El acceso a servicios de salud y seguros de gastos médicos es la diferencia entre llevar una vida de calidad, existir día a día, o morir.

En la primavera de 1999, desperté una mañana, abrí los ojos, y me di cuenta de que estaba muriendo. La falta de instalaciones médicas y equipo médico accesibles, así como un servicio de salud completo y de calidad, junto con las suposiciones sobre mi discapacidad basadas en mi peso, me ocasionarían la muerte en seis meses si no obtenía pronto la atención médica adecuada.

Lo primero que tuve que hacer fue aceptar que el acceso a los servicios de salud es un derecho básico para todas las personas, incluyendo a los discapacitados. Desafortunadamente, la industria de servicios de salud y el movimiento de derechos de los discapacitados han estado distanciados durante mucho tiempo. La falta de comprensión entre los dos ha ayudado a crear y mantener sistemas de prestación de servicios, que, si mucho, ofrecen servicios de salud deficientes a los discapacitados. Varios factores ayudan a perpetuar este problema. Tradicionalmente, los doctores no han sido capacitados para ofrecer un servicio de salud completo y de calidad a la comunidad discapacitada. En vez de ello, el sistema médico ha enfatizado las curas para las enfermedades. Como resultado, ha ignorado las necesidades de hombres y mujeres con discapacidades que no buscan curar sus enfermedades, sino vivir con sus discapacidades. El sistema médico con frecuencia es paternalista en su abordaje de nuestros servicios de salud. En lugar de crear una sociedad con nosotros, los proveedores de servicios médicos con frecuencia toman decisiones sobre nuestra atención sin nuestra opinión. En muchos casos, hablan con nuestras familias o cuidadores en vez de hablar con nosotros.

A veces pareciera que piensan que no tenemos la capacidad para comprender nuestras propias condiciones de salud. Nuestra repetida experiencia con servicios de salud inaccesibles e inadecuados ha ocasionado que perdamos la confianza en el sistema médico y nos alejemos del mismo. Con demasiada frecuencia, hemos aceptado dichas

condiciones con indiferencia, miedo, enojo y apatía. El reto que enfrentamos los discapacitados es recobrar nuestro poder, exigir que nuestros proveedores de servicios de salud y seguros creen sociedades nuevas con nosotros para administrar mejor nuestras necesidades de servicios de salud y seguros.

Al inicio, ser mi propia defensora fue muy difícil para mí. Le había permitido al sistema de salud tomar todas las decisiones por mí en relación con el tratamiento de mi discapacidad, hasta el punto en que yo había quedado inmobilizada. Finalmente me di cuenta de que tenía que tomar una responsabilidad personal y empezar a defender el cuidado de mi salud.

Para mí, la clave para la autodefensa fue tomar la decisión de llevar una vida de calidad, no sólo existir. Mi primer paso fue establecer una fuerte red de apoyo, la cual incluía a mi familia, amigos, una agencia de servicio a discapacitados, y a mi doctor. Desde que mi doctor y yo acordamos crear una sociedad, él se ha convertido en mi principal defensor en un sistema médico que está lleno de burocracia. Entiendo ahora que ya no podemos dejar el cuidado de nuestra salud a las HMOs y otras aseguradoras. Dos años después, y con cuatrocientas libras menos, puedo decir verdaderamente que estoy viviendo una vida de calidad y que nunca antes he sentido tal felicidad y bienestar.

La burocracia de las industrias de servicios de salud y seguros médicos puede ser abrumadora y confusa, pero el conocimiento es poder. Esta publicación fue escrita para educar a la gente sobre sus derechos y cómo ejercerlos. Descifrando el Laberinto es un análisis comprehensivo del problema del acceso a los servicios de salud y seguros. Esta publicación cubre muchos tipos de barreras, incluyendo barreras físicas, de comunicación y de actitud. Abarca el acceso a seguros de salud privados y programas públicos de servicios de salud. Ofrece muchos recursos para guiar tanto a los consumidores como a su proveedores para descifrar el laberinto de servicios de salud y seguros médicos. Es la esperanza de Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates) que este manual permita a los consumidores, defensores, proveedores de servicios de salud, y a las industrias de servicios de salud y seguros trabajar juntos para proporcionar servicios de salud y seguros de calidad a todos nuestros ciudadanos.

Que Estén Bien,
Vanessa L. White, Directora
Proyecto de Acceso a Servicios de Salud

^Introducción

El obtener un buen servicio de salud es un reto para muchos discapacitados. A veces el problema es una barrera física, como una rampa muy inclinada o una mesa de revisión demasiado alta. En otras ocasiones, la falta de intérpretes o formatos alternos tales como el Braille ocasiona una comunicación ineficiente entre el paciente y el proveedor de servicios de salud. Y en ocasiones se interpone el deficiente entendimiento o la mala actitud de un proveedor de servicios de salud respecto a la discapacidad. Debido a estos y otros tipos de barreras, ir al doctor puede ser una batalla cuesta arriba. Los altos costos de los servicios de salud y los problemas con los seguros empeoran la situación y ocasionan que muchos discapacitados prescindan de los servicios de salud que necesitan.

Al introducirle a las leyes federales y estatales que protegen a los Californianos discapacitados, este manual puede ayudar. Cuando usted conoce sus derechos, puede defenderse mejor a sí mismo y a su familia.

El manual consta de tres secciones principales:

> Sección 1: Acceso a los Servicios de Salud

La Sección 1 explica su derecho a tener acceso a instalaciones de atención a la salud y a los servicios que ofrecen. También discute su derecho a atención de emergencia e incluye sugerencias para elegir a un proveedor y manejar problemas de acceso.

> Sección 2: Seguros Privados

La Sección 2 le ayuda a entender sus derechos de seguros en California, incluyendo: (1) protecciones cuando obtiene seguro de salud por medio de un empleo o cuando lo solicita por su propia cuenta, (2) los beneficios que deben incluir los planes de salud, (3) acceso a médicos de atención primaria, especialistas y segundas opiniones, (4) desafiar la negación de una aseguradora a pagar por su atención, y (5) continuar su cobertura cuando pierde acceso al plan de salud en grupo de un patrón. Esta sección también lo introduce a los seguros de atención a largo plazo y al seguro Medigap, el cual suplementa a Medicare.

> Sección 3: Programas Públicos de Salud

La Sección 3 discute los programas que ofrecen seguros o servicios de salud gratuitos o de bajo costo en California. Incluye información acerca de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), la relación entre la situación migratoria y los beneficios públicos de salud, y transporte.

Este manual es un recurso que puede conservar y consultar cuando tenga preguntas sobre el acceso a los servicios de salud, seguros, o beneficios públicos de salud de California.

Puesto que la información presentada aquí puede ser complicada, no se sorprenda si necesita leer algunas secciones más de una vez. Las comillas se usan con frecuencia para términos especiales, muchos de los cuales se definen en el texto. Cuando se indica una fecha límite para tomar acción, suponga que el reloj empieza a correr en la fecha que aparece en el aviso de la decisión que usted quiere objetar (no en la fecha que usted reciba el aviso). Puesto que muchos temas se relacionan entre sí, con frecuencia verá referencias a otras páginas del manual. El índice y el índice de materias también pueden ayudarle a encontrar los temas que le interesan.

Este manual no le dice todo lo que hay que saber sobre la ley, y no es asesoría legal para su situación en lo particular. Las leyes que rigen los servicios de salud y los seguros son complejas y cambian con frecuencia. (Consulte la página de Internet de DRA sobre actualizaciones a la ley). Es importante obtener información precisa y actualizada si encuentra algún problema o necesita tomar una decisión sobre sus servicios de salud, seguros o beneficios públicos de salud. En ocasiones puede necesitar un abogado u otro defensor. El manual identifica fuentes de información y ayuda. Muchos recursos se mencionan en el texto, cuando tienen relación con el tema que se está abordando. La Guía de Recursos que inicia en la página 147 incluye más recursos de salud.

Esta guía está disponible en formatos alternos (Braille, letra grande y disco para computadora) y en español, y está disponible en línea en www.dralegal.org. Es parte del Proyecto de Acceso a Servicios de Salud (Health Access Project) de Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates, DRA), un centro legal sin fines de lucro dedicado a proteger los derechos civiles de los discapacitados. DRA lleva a cabo talleres sobre derechos en las áreas de servicios de salud y seguros médicos. Además de este manual, DRA tiene dos publicaciones más, incluyendo *Disability Watch, Volume 2* (un reporte estadístico sobre discapacitados) y un tratado legal sobre derechos de servicios de salud y seguros para gente con discapacidades. El tratado legal es una versión más técnica de este manual.

Para ordenar un manual gratuito o consultar si hay un taller programado para su área, llame a DRA al: 888-926-0274 (sin costo), 510-451-8644 (voz), 510-451-8716 (TTY), o por correo electrónico healthaccess@dralegal.org.

El Proyecto de Acceso a Servicios de Salud de DRA es financiado por la fundación California Endowment.

^Índice de Materias

¿Qué es el Proyecto de Acceso a Servicios de Salud de DRA (DRA Health Access Project)? (portada interior)

Prefacio iii

Introducción v

>Sección 1: Acceso a Servicios de Salud

Puntos Principales de la Sección 2

Introducción a los Derechos de Acceso 3

Quién debe proporcionar acceso • Su derecho a ayudas y servicios auxiliares • Manejar actitudes negativas frente a la discapacidad • Las leyes que prometen acceso • Acceso a programas • No segregación en una institución cuando la atención en una comunidad es más apropiada

Acceso Físico 7

Edificios médicos libres de barreras • Normas para acceso arquitectónico • Equipo médico y procedimientos de salud accesibles •

Acceso a Comunicación 9

Mejora de la comunicación • Pasar notas, leer labios y apoyo de intérpretes • Dispositivos de telecomunicación (TDDs/TTYs) • Subtítulos y dispositivos de asistencia auditiva

Animales de Servicio 12

Acceso para Personas con Sensibilidad Química Múltiple o Enfermedad Ambiental 12

Su Derecho a Atención de Emergencia 13

Condiciones médicas de emergencia • Estabilización de su condición •

Transferencias • Pago

de atención de emergencia

Obtener Servicios de Salud de Calidad y Accesibles	14
Elegir un proveedor de servicios de salud • Consentimiento informado • Asistir a su cita • La cita • Prepararse para una visita al hospital • Directiva por anticipado • Derechos para residentes de hogares de atención a enfermos y lugares de atención a largo plazo • Sugerencias para ayudarlo a ser su propio defensor • Presentar una demanda para hacer cumplir sus derechos de acceso • Obtener ayuda con un problema de acceso	
>Sección 2: Seguro Privado	
Puntos Principales de la Sección	22
>> Parte I: Seguro de Salud	
Elección de su Seguro de Salud	23
Tipos de planes • Costos de los planes • Grupos médicos • Obtener atención “médicamente necesaria” • Información que el plan debe proporcionarle • Leer la información de su plan cuidadosamente • Discriminación de seguros basada en discapacidad	
Obtener Seguro de Salud Por Medio de Su Empleo o el Empleo de un Miembro de su Familia	27
Protección contra la discriminación de plan de grupo • Periodos de espera y afiliación • Planes de grupo autoasegurados (o autofinanciados) • Suscribirse a un plan de salud de grupo	
Obtener Seguro de Salud Por Su Cuenta	29
La solicitud del seguro de salud • Acceso garantizado a un plan individual de salud	
Programa de Seguro Médico de Riesgo Mayor (MRMIP, por sus siglas en inglés)	32
Ayuda para quienes enferman y ya no pueden pagar sus primas (HIPP y CARE/HIPP)	33
Su Derecho a Continuar su Plan de Salud	34
Condiciones Preexistentes	35
Cuánto tiempo se puede aplicar una exclusión para condición preexistente • Cómo ayuda la ley • Acortar la exclusión de condiciones preexistentes con cobertura acreditable • Cuándo no se puede aplicar una exclusión para condición preexistente	
Beneficios que Su Plan de Salud Debe Incluir	38
Acceso a Proveedores de Servicios de Salud	41
Elegir y trabajar con un médico de atención primaria • Acceso directo a un ginecólogo u obstetra sin referencia • Acceso a especialistas • Referencias para especialistas • Acceso a un especialista en SIDA/VIH • Acceso a un especialista que no sea parte de su plan • Sus derechos cuando su plan termina el contrato con su proveedor • Continuar tratamiento con un proveedor que no sea parte de su nuevo plan de grupo • Obtener una segunda opinión • No le pueden separar para atención reducida	
Reclamar Beneficios de Salud y Objetar Negaciones de Cobertura	45

<p>Cuáles leyes le protegen • Revisiones de reclamaciones, apelaciones y demandas bajo la ley federal (ERISA) • Revisiones de reclamaciones, quejas, revisiones médicas independientes y demandas bajo la ley de California • Sugerencias para objetar una negación de cobertura de un plan de salud</p>	
Ayuda con un Problema de Seguro de Salud	57
Mantener la Cobertura de Salud Durante una Ausencia Laboral	58
Mantener la Cobertura de Salud Cuando Va a Perder el Seguro Provisto por el Patrón (COBRA/Cal-COBRA)	59
COBRA para Adultos Mayores	65
Mantener el Seguro de Salud para un Niño Discapacitado	66
Continuar con los Beneficios si el Contrato del Plan de Grupo Termina Mientras Usted Está Totalmente Discapacitado	67
Convertirse de un Plan de Grupo a un Plan Individual	69
>>Parte II: Seguro Medigap (Suplementario de Medicare)	
Llenar los Huecos en la Cobertura de Medicare	69
<p>Los 10 planes estándar de Medigap • Beneficios • Medicare selecto • Exclusiones por condiciones preexistentes • Cuándo tiene derecho a comprar seguro Medigap • Seguro Medigap de grupo vs. individual y su derecho a renovar • Razones por las que algunos beneficiarios de Medicare pudieran no necesitar seguro Medigap • ¿Debe obtener el seguro Medigap?</p>	
>>Parte III: Seguro de Atención a Largo Plazo	
Seguro para Atención Personal	77
>Sección 3: Programas Públicos de Salud	
Puntos Principales de la Sección	82
Medicare	83
<p>Ayuda con los costos de Medicare • Lo que está cubierto • Suscribirse a Medicare • Si usted califica para Medicare pero tiene otras opciones de seguro • Parte A • Parte B • Proveedores que no aceptan Medicare • Medicare+Choice (Parte C) y HMOs de Medicare • Revisiones de reclamaciones, apelaciones y su derecho a una audiencia • Centros de salud federalmente calificados • Más información y ayuda con Medicare • Mantener Medicare al regresar al trabajo</p>	
Programa de Descuento de Medicamentos con Receta	97
PACE (Programas de Atención Completa para Ancianos)	97
Medi-Cal	98
<p>Servicios Medi-Cal • Costos de Medi-Cal • Elegibilidad • Diferentes programas de Medi-Cal • Solicitar Medi-Cal • Pago por servicio vs. atención administrada • Apelaciones y el derecho a continuar con los beneficios durante la apelación</p>	
Planes de Salud Mental del Condado	112
Programas para Discapacitados	114
<p>Servicios de Apoyo en Casa (IHSS, por sus siglas en inglés) • Programa para Personas con Discapacidades Genéticas • Centros Regionales • Early Start • Departamento de Rehabilitación de California y el Programa de Asistencia al</p>	

Cliente • Proyectos para Asistir en la Transición de la Indigencia • Programa de Asistencia de Drogas y SIDA • CARE/HIPP	
Programas para Niños	119
Programa Healthy Families • Servicios Infantiles de California • Programa Infantil de VIH • CaliforniaKids • Plan de Salud Infantil <i>Kaiser Permanente Cares for Kids</i> • Distritos Escolares Locales	
Programas para Mujeres Embarazadas, Nuevas Madres y Sus Hijos Pequeños	124
Acceso para Bebés y Madres (AIM, por sus siglas en inglés) • Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) • BabyCal	
Otros Recursos de Servicios de Salud	125
Clínicas de Servicios de Salud • Programas de Servicios Médicos del Condado • Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama • Departamento de California para la Ancianidad • Administración de la Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration)	
Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) y Tecnología Asistiva (AT, por sus siglas en inglés)	127
Beneficios Públicos de Salud Disponibles para Inmigrantes	129
Conseguir y Pagar Transporte	132

>Apéndices

Trabajar con un Abogado	135
Índice	137
Guía de Recursos	147
Reconocimientos	(contraportada interior)

^Sección 1: Acceso a los Servicios de Salud

>Puntos Principales de la Sección

Los discapacitados tienen derecho a instalaciones y servicios de salud accesibles. Algunos de los temas que aquí se discuten incluyen:

- .. Su derecho a servicios de salud libres de discriminación basada en la discapacidad. Vea la pág. 3.

- .. Su derecho a los “servicios y ayudas auxiliares” que permiten que usted tenga acceso. No se le puede cobrar por estas ayudas y servicios. Vea la pág. 4.
- .. Su derecho a programas de acceso operados por el gobierno o que reciben asistencia financiera del mismo. Vea la pág. 6.
- .. Su derecho a que no se le segregue en una institución cuando es más adecuado un ambiente comunitario. Vea las págs. 6–7.
- .. Su derecho a acceso físico. Su uso de un edificio de servicios de salud no debe ser bloqueado por alguna barrera tal como escaleras, rampas muy inclinadas, puertas pesadas, mostradores altos, o baños inaccesibles. Muchos tipos de equipo y procedimientos médicos pueden hacerse accesibles. Las características de accesibilidad deben ser fácilmente identificables. Un proveedor de servicios de salud no puede requerir que usted lleve consigo un acompañante de ayuda a sus citas. Vea las págs. 7–9.
- .. Su derecho a una comunicación efectiva. La información de salud debe estar disponible en formatos alternos tales como Braille, letra grande, audiocintas y discos de computadora. Los proveedores de servicios médicos por lo general deben pagar a un intérprete de lenguaje de señas calificado si usted lo necesita para comunicarse claramente. Aunque el proveedor puede elegir el tipo de ayuda o servicio utilizado para la comunicación, el método seleccionado debe ser efectivo para usted. Vea las págs. 9–11.
- .. Su derecho a ser acompañado por su animal de servicio al visitar un edificio de servicios de salud, aunque haya una política de “no mascotas”. Un edificio sólo puede excluir a un animal cuando sea una amenaza para la salud o seguridad de otras personas. Vea la pág. 12.
- .. Sus derechos de acceso si tiene sensibilidad química múltiple o alguna enfermedad ambiental. Vea la pág. 12.
- .. La obligación de un departamento de emergencias de un hospital de proporcionarle tratamiento para estabilizar una condición médica de emergencia, aún cuando no tenga seguro y no pueda pagar. Vea las págs. 13–14.
- .. Sugerencias para elegir un doctor, prepararse para una cita o estancia en el hospital, tomar decisiones de salud informadas, derechos en hogares de atención a enfermos, y ser su propio defensor. Vea las págs. 14–20.
- .. Su derecho a demandar si su proveedor de servicios de salud o seguro no cumple con su deber de proporcionar acceso a personas discapacitadas. Vea la pág. 19.

>Introducción a los Derechos de Acceso

A los discapacitados con frecuencia se les trata mal cuando buscan servicios de salud. Si esto le ocurre a usted, es útil conocer sus derechos:

- .. No se le puede negar un servicio de salud sólo por tener una discapacidad.

- .. Usted tiene derecho a servicios de salud de la misma calidad de la que disponen otras personas.
- .. Usted tiene derecho a recibir servicios en un ambiente integrado.
- .. Usted tiene derecho a que se le trate con equidad, dignidad y respeto.

>> Quién Debe Proporcionar Acceso

Todas las instituciones de servicios de salud, incluyendo aquellas donde se le presten servicios mentales, dentales, oculares y alternos, deben ser “accesibles” (libres de barreras que dificulten o imposibiliten el uso del lugar o la obtención de los bienes y servicios ofrecidos en el lugar). Cualquier persona o grupo que sea propietario, arrendatario u operador de una institución de servicios médicos es responsable del acceso, aún un proveedor de servicios médicos cuyo consultorio se encuentre en su hogar.

Un proveedor de servicios de salud no puede negarse a darle tratamiento sólo por tener una discapacidad. Un proveedor puede enviarle con otro proveedor si (1) usted está buscando o requiere tratamiento o servicios fuera del área de especialización del proveedor que le refiere, y si (2) el proveedor que le refiere haría una referencia similar a una persona no discapacitada que busque o requiera el mismo tratamiento o servicios. Un médico que se especialice en tratar únicamente una condición particular no puede negarse a tratarle dicha condición.

Si la razón por la que un proveedor no quiere trabajar con usted es porque no está recibiendo pacientes nuevos, entonces el proveedor no está discriminando basándose en la discapacidad. Algunos doctores no aceptan ciertos tipos de seguro o beneficios públicos de salud. Si usted tiene seguro y quiere que éste pague, su elección de médicos puede ser limitada (vea las págs. 23–26, 41–45).

Si su aseguradora limita los proveedores de servicios de salud que usted puede consultar, debe asegurarse de que su red de proveedores incluya algunos que sean accesibles. Si usted no puede encontrar uno, su aseguradora debe ayudarle a localizar un proveedor de red accesible dentro de una distancia razonable de su hogar o empleo, o la aseguradora debe aceptar cubrir el costo del servicio de un proveedor fuera de la red que sea accesible. Asegúrese de seguir las reglas de su aseguradora para buscar un proveedor fuera de la red.

>> Su Derecho a Ayudas y Servicios Auxiliares

Los discapacitados tiene derecho a “ayuda y servicios auxiliares“, que son formas de asistencia o equipo necesarios para un acceso equitativo. Ejemplos de ayudas y servicios auxiliares incluyen: una mesa de exploración que baje de nivel para permitir transferencias, ayuda para subir a una mesa, un intérprete de lenguaje de señas, Braille, ayuda para llenar formas, o tiempo adicional para citas. (Mucha gente usa el término “adaptaciones razonables” para referirse a estas ayudas y servicios.)

Su proveedor debe ofrecer ayudas y servicios auxiliares a menos que hacerlo le ocasione una “carga excesiva” (mucha dificultad o costo) o que requiera que el proveedor altere drásticamente la naturaleza de los servicios que normalmente ofrece. La norma de “carga excesiva” considera los recursos financieros totales del proveedor. Sólo porque un médico gane menos dinero con su cita que el costo de la ayuda o servicio no significa automáticamente que haya carga excesiva.

Si el ofrecer una ayuda o servicio particular es una carga excesiva, su médico debe ofrecerle una alternativa. Por ejemplo, si es demasiado costoso proporcionar materiales en Braille, el proveedor puede ofrecer una audiocinta o disco para computadora.

No se le puede cobrar por ayudas y servicios auxiliares. (El proveedor puede calificar para un incentivo fiscal.) Su proveedor de servicios de salud debe proporcionar las ayudas y servicios que usted necesite, aún cuando la aseguradora no cubra el costo.

>>Manejar Actitudes Negativas Frente a la Discapacidad

Al buscar servicios de salud, puede tratar con personas que están mal informadas, son insensibles, irrespetuosas, o le hacen sentir como una carga. Un proveedor de servicios de salud puede hablar con un miembro de su familia u otro acompañante en vez de hablar con usted. Un proveedor puede no darle suficiente información porque cree que usted no puede tomar sus propias decisiones de salud. O su proveedor pudiera asumir erróneamente que por su discapacidad no necesita saber sobre control de la natalidad y enfermedades de transmisión sexual. Algunos proveedores descartan con demasiada rapidez sus preocupaciones de salud o se concentran únicamente en su discapacidad y no toman en cuenta sus otras necesidades de salud. Algunos proveedores pueden tener dificultad para aceptar que no tienen una “cura” para su discapacidad y tratan de forzarle a aceptar procedimientos que no son los adecuados para usted. Además, algunos no son sensibles al hecho de que muchas personas con discapacidades tienen una larga historia de experiencias negativas con los servicios de salud. Para evitar estos problemas, busque un proveedor que:

- ..Entienda su discapacidad y sepa cómo se relaciona con su salud global.
- ..Le trate como socio de su atención, compartiendo información y permitiéndole tomar decisiones.
- ..Se asegure de que los problemas de acceso no interfieran para que usted obtenga la atención adecuada.
- ..No haga suposiciones mal informadas acerca de usted.
- ..Le trate con dignidad y respeto.
- ..Haga del acceso una prioridad.

Recuerde, usted conoce su cuerpo mejor que cualquier otra persona. Tome las riendas de la atención de su salud.

Si no está satisfecho con su proveedor, busque otro (vea las sugerencias para elegir un proveedor en las páginas 14–16).

>>Las Leyes Que Prometen Acceso

A los Californianos con discapacidades se les otorga el derecho a servicios de salud accesibles en:

- .. Título III de la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act): “Ninguna persona deberá ser discriminada por su discapacidad en el otorgamiento total y equitativo de bienes, servicios, instalaciones, privilegios, ventajas o adaptaciones de cualquier lugar abierto al público por parte de cualquier persona que sea propietaria, arrendataria (o arrendadora), u opere un lugar abierto al público.” (42 U.S.C. § 12182)
- .. Título II de la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990: “Ninguna persona calificada con una discapacidad deberá, debido a dicha discapacidad, ser excluida de participar o negársele los beneficios de los servicios, programas o actividades de una entidad pública, o ser sujeta a discriminación por ninguna entidad de dicho tipo.” (42 U.S.C. § 12132)
- .. La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act): “Ninguna otra persona discapacitada pero calificada... deberá ser, tan solo debido a su discapacidad, excluida de participar en, o negársele los beneficios de, o ser sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba asistencia Financiera Federal.” (29 U.S.C. § 794[a])
- .. Ley de Derechos Civiles Unruh (Unruh Civil Rights Act): “Todas las personas dentro de [California] son libres e iguales, y sin importar su sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, discapacidad, o condición médica, tienen derecho de manera total y equitativa a adaptaciones, ventajas, instalaciones, privilegios o servicios de todos los establecimientos de negocios de todo tipo.” (Código Civil de California § 51)
- .. Ley para Personas Discapacitadas (Disabled Persons Act): “Las personas con discapacidades o condiciones médicas tienen el mismo derecho que el público en general a un uso total y gratuito de... edificios públicos, instalaciones médicas, incluyendo hospitales, clínicas, y consultorios médicos, instalaciones públicas y otros lugares públicos.” (Código Civil de California § 54)
- .. Sección 11135 del Código de Gobierno de California: “A ninguna persona en el Estado de California deberá, en base a... discapacidad, negársele los beneficios de, o ser ilegalmente sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad financiada directamente por el estado o que reciba asistencia financiera del estado.”
- .. ADAAG (Lineamientos de Accesibilidad de la Ley para Americanos con Discapacidades) y el Título 24 del código de construcción de California definen los elementos de acceso arquitectónico.

>>Acceso a Programas

Los gobiernos estatal y local, y los programas y actividades que reciban asistencia financiera estatal o federal, no pueden discriminar basándose en la discapacidad. Usted

tiene el derecho de participar y disfrutar de los beneficios de cualquier programa, servicio o actividad de un gobierno estatal o local (incluyendo un departamento o agencia). Este es su derecho a “acceso a programas”. También tiene este derecho para cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera estatal o federal (incluyendo Medicare o pagos a Medi-Cal). La definición de “programa o actividad” es muy amplia; cualquier hospital, clínica o práctica de servicios de salud que reciba asistencia federal o estatal está cubierta por la ley. Para dar acceso al programa, un proveedor de servicios de salud cubierto (ya sea público o privado) puede necesitar cambiar sus políticas, eliminar barreras arquitectónicas o de comunicación, y/o ofrecer ayudas y servicios auxiliares.

En lo relativo a servicios de salud, su derecho a acceso a programas es lo más importante al buscar servicios de un hospital o clínica u otro programa de servicios de salud operados por el gobierno estatal o local. Estos programas no tienen que remover barreras físicas si tienen otras maneras de proporcionarle acceso a sus servicios, programas y actividades. Por ejemplo, una clínica puede trasladar su curso de nutrición al primer piso en lugar de tener que instalar un elevador al segundo piso, donde regularmente se lleva a cabo el curso. El acceso a programas también es importante con programas de servicios de salud privados que reciban fondos federales o estatales; estos programas deben asegurarse de que los discapacitados no sean excluidos o se les nieguen los beneficios de sus programas y actividades, aún cuando algunas barreras físicas no puedan ser eliminadas.

Un programa que tiene una obligación de ofrecer acceso al programa debe hacer su proceso de solicitud accesible. Por ejemplo, si usted necesita una forma de solicitud con letra grande o ayuda para llenar la solicitud para Medi-Cal, debe recibir dicha ayuda.

>>No Segregación en una Institución Cuando la Atención En Una Comunidad Es Más Adecuada

Algunos discapacitados se encuentran en instituciones pero preferirían vivir en sus comunidades. En un caso llamado *Olmstead vs. L.C.*, la Suprema Corte de Estados Unidos se dijo que en muchos casos es discriminación ilegal requerir que una persona discapacitada sea institucionalizada para obtener la atención necesaria. *Olmstead* requiere que el Estado lo coloque en un ambiente comunitario, en vez de una institución, si:

- .. Los profesionales de tratamiento del Estado deciden que un ambiente comunitario funcionará bien,
- .. Usted no prefiere estar en una institución, y
- .. La colocación en una comunidad es razonable considerando los recursos disponibles del Estado y las necesidades de otros discapacitados.

Si usted tiene un problema con Medi-Cal cuando intenta que a usted, un amigo o un familiar se le permita salir de una institución, presente una queja en la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) en el Departamento Estadounidense de Servicios Humanos y de Salud (U.S. Department of Health and Human Services) (415-437-8310; 415-437-8311 [TDD]; www.hhs.gov/ocr/rights.html).

>Acceso Físico

>>Edificios Médicos Libres de Barreras

Usted tiene derecho a utilizar instalaciones de servicios de salud sin que su acceso sea bloqueado por barreras físicas y estructurales de comunicación. Las áreas que debe poder utilizar en hospitales, clínicas y consultorios de proveedores de servicios de salud incluyen::

- .. Entradas principales y áreas de espera
- .. Salas de revisión y otras áreas de tratamiento
- .. Laboratorios y farmacias
- .. Cuartos de pacientes y baños
- .. Cuartos de terapia física, ocupacional y del habla
- .. Caminos y pasillos que conecten las áreas de estacionamiento y puntos de llegada de transporte público con las entradas principales del edificio utilizadas por el público
- .. Salidas de emergencia o caminos a áreas de rescate-asistencia
- .. Baños
- .. Elevadores
- .. Teléfonos públicos
- .. Bebederos
- .. Estacionamiento
- .. Cafeterías públicas y tiendas de regalos

Debe haber letreros con letras grandes y resaltadas y en Braille que lo dirijan a entradas accesibles, rutas de recorrido, baños y áreas de rescate-asistencia. Debe haber advertencias detectables por personas con impedimentos visuales que les alerten sobre peligros en la trayectoria de recorrido. Los edificios médicos también deben tener alarmas destellantes, timbres visuales, y otros dispositivos de notificación. Los números de los pisos deben estar claramente marcados cerca de las salidas de los elevadores. Si usted tiene un impedimento visual y desea asistencia, un empleado debe ayudarle a orientarse.

Todas las instalaciones de servicios de salud deben mantener las características y equipo que hacen las instalaciones accesibles a y utilizables para los discapacitados. Por ejemplo, los elevadores deben funcionar, las puertas accesibles no deben estar cerradas con llave o candado, y las trayectorias de recorrido accesibles no deben estar bloqueadas por artículos como muebles o macetas.

>>Normas para el Acceso Arquitectónico

Las normas más estrictas para el acceso físico se aplican a edificios más nuevos y remodelados, pero las reglas de acceso también se aplican a edificios más antiguos. En instalaciones más antiguas, se debe eliminar una barrera si dicha remoción puede hacerse con “facilidad”, lo cual significa que puede hacerse sin demasiada dificultad ni gasto. La eliminación de barreras que puede hacerse con facilidad incluye: agregar una rampa, reacomodar equipo o muebles, ampliar las puertas, reubicar los teléfonos, instalar herrajes especiales en las puertas, colocar un asiento de sanitario elevado y barras de sujeción en el baño, reducir la altura de los despachadores de toallas, crear estacionamiento accesible y retirar alfombras problemáticas.

La ley tiene lineamientos muy detallados que determinan si un espacio es accesible. El hecho de que un edificio haya recibido un permiso de un inspector local no significa necesariamente que satisfaga todos los requerimientos legales para el acceso. Es útil saber qué tipo de acceso necesita usted y llamar primero para asegurarse de que lo obtendrá. Para mayores informes o para reportar un problema, llame a la línea de ADA (ADA Hotline 800-514-0301; 800-514-0383 [TDD]) o a la Oficina de Arquitectura del Estado (State Architect’s Office 916-445-8100).

>>Equipo Médico y Procedimientos de Salud Accesibles

Los proveedores de servicios de salud con frecuencia usan equipo médico que no fue diseñado para cubrir las necesidades de las personas discapacitadas. Pero se han hecho avances. Muchos tipos de equipo médico ahora pueden ser hechos más accesibles para los discapacitados. Algunos ejemplos incluyen mesas de revisión y rayos X que suben y bajan, máquinas de mamografía para pacientes sentadas, básculas para usuarios de sillas de ruedas, MRIs abiertos, sillas para revisión visual que pueden moverse para permitir espacio para una silla de ruedas, equipo portátil para examinar los ojos, y bandas para revisar la presión sanguínea que pueden usarse en la pierna en lugar del brazo.

Su proveedor debe tener equipo médico accesible a menos que signifique una “carga excesiva” (vea la pág. 4). Los factores que son relevantes para decidir si existe una carga excesiva incluyen el costo y la factibilidad de adquirir equipo médico accesible y los recursos globales del proveedor. Aquellas instalaciones más grandes y con mayores recursos económicos tendrán mayor capacidad de tener un rango de equipo médico accesible. Por ejemplo, un hospital grande debe poder satisfacer la mayoría, si no es que todas, las necesidades de equipo de los pacientes discapacitados. Aún cuando se atienda con un proveedor de servicios médicos más pequeño, debe alentarle a adquirir equipo médico accesible. El costo de algunas piezas de equipo accesible importante (como mesas de revisión y básculas) no es demasiado alto para la mayoría de los proveedores, y el equipo accesible también puede ser utilizado por pacientes que no tienen discapacidades.

Si usted no puede subir a una mesa de revisión por su propia cuenta, su proveedor o su personal deben ayudarle a transferirse de manera segura. Asegúrese de que su proveedor también proporcione ayuda para bajar de la mesa. Si necesita ayuda, un empleado debe ayudar a mantenerle en una posición estable y asegurarse de que no hay riesgo de caer. Su proveedor no puede requerir que usted traiga un ayudante a su cita, pero usted puede llevar a alguien si lo desea.

Si un procedimiento o una pieza de equipo médico no puede hacerse accesible, usted tiene derecho a la siguiente mejor alternativa. Esto puede significar hacer un tipo distinto de prueba o tener citas adicionales. Por ejemplo, las mujeres que no pueden hacerse un autoexamen de senos pueden necesitar que su proveedor las revise con mayor frecuencia en busca de cáncer de mama.

En ocasiones necesitará una referencia. Por ejemplo, si su proveedor no tiene una máquina accesible para mamografías, pregunte cuál proveedor cercano tiene una que usted pueda usar. Si necesita salir de la red de su plan de salud para obtener servicios accesibles, su seguro debe pagar (pero asegúrese de seguir las reglas del plan para obtener servicios fuera de la red).

>Acceso de Comunicación

La buena comunicación con sus proveedores es importante. Necesita una comunicación efectiva para:

- ..Explicar sus síntomas e historial médico personal y familiar.
- ..Comprender un diagnóstico y opciones de tratamiento.
- ..Dar su “consentimiento informado” para tratamientos y procedimientos (vea la pág. 16).
- ..Comunicarse antes y después de procedimientos médicos mayores.
- ..Comprender instrucciones sobre medicamentos y atención de seguimiento.
- ..Beneficiarse de la psicoterapia.
- ..Enterarse de los costos y el seguro.

Es en contra de la ley que un proveedor de servicios de salud no ofrezca “ayudas y servicios auxiliares” si usted será excluido, se le negarán servicios o se le segregará sin ellos. (Vea la pág. 4 para mayor información sobre ayudas y servicios auxiliares y la excepción de “carga excesiva”.) Usted tiene derecho a las ayudas y servicios necesarios para comunicarse efectivamente con el proveedor. En ocasiones usted tiene este derecho aunque no sea el paciente, como en el caso de que usted quiera información sobre la salud de sus hijos o acompañar a su esposa o novia en sus clases de Lamaze. Las ayudas y servicios auxiliares para comunicación efectiva incluyen:

- ..Intérpretes calificados
- ..Videotexto
- ..Subtítulos para presentaciones en video
- ..Dispositivos de telecomunicación para sordos (TDDs/TTYs)
- ..Lectores calificados
- ..Información de salud en Braille, letra grande, audiocintas o discos para computadora
- ..Información escrita con explicaciones claras
- ..Anotadores

El proveedor de servicios de salud decide cuál ayuda o servicio será utilizado, pero debe elegir aquél que permita una comunicación efectiva. Cuán adecuada es una ayuda en particular depende de la situación. Usted sabe mejor qué funciona para usted, por lo que su proveedor debe considerar su opinión. Pero si se le ofrece una ayuda o servicio que funcione, debe aceptarla aún cuando prefiera otra opción.

>>Mejorar la Comunicación

Los proveedores de servicios de salud deben tratar de usar un lenguaje claro, tomarse el tiempo adicional necesario, y confirmar su comprensión de la información que proporcionan. Las explicaciones pueden ser más claras si el proveedor utiliza dibujos, modelos tridimensionales, tableros de comunicación, o audio o videocintas. Algunas personas con impedimentos auditivos y del habla encuentran que funciona bien tomar turnos en una terminal de computadora o usar una pantalla de texto para escribir mensajes entre las dos partes. Usar un espejo durante las exámenes ayuda a algunas personas sordas o con problemas de oído a comprender lo que está pasando. Si usted tiene un impedimento visual, puede ser útil familiarizarse con el equipo que se va a utilizar y que el proveedor le explique cada paso del procedimiento antes de que ocurra. Indíquelo a su proveedor qué funciona para usted.

>>Pasar Notas, Leer Labios y Apoyarse en Intérpretes

Los métodos para comunicarse efectivamente varían de una persona a otra. El pasar notas funciona para algunos, particularmente quienes perdieron el oído en una etapa avanzada de sus vidas. Para muchas personas, sin embargo, el pasar notas es difícil e inefectivo, especialmente cuando se trata de términos médicos complicados o un paciente tiene un bajo nivel de lectura. También puede ser frustrante porque puede tomar mucho tiempo dar toda la información al paciente.

Hay quienes saben leer los labios, pero este método con frecuencia falla. Aún quienes son buenos para leer los labios no pueden entender una importante cantidad de lo que dicen los demás. La lectura de labios es aún más difícil cuando se usan complicados términos médicos. Dada la importancia de la información compartida por un paciente y un proveedor de servicios de salud y lo mucho que puede no ser comprendido por el lector de labios, se debe tener mucha precaución de confiar en este método. Quienes pueden leer los labios pueden necesitar un intérprete oral que tenga la habilidad de articular cuidadosamente las palabras para personas con pérdida auditiva.

Para muchas personas, el uso de un intérprete calificado de lenguaje de señas es la única manera efectiva de comunicarse. Es bastante probable que una persona sorda necesite un intérprete si se trata de un asunto importante de salud y/o la persona tiene un bajo nivel de lectura. Un intérprete calificado de lenguaje de señas puede (1) interpretar de manera efectiva e imparcial, (2) traducir tanto lenguaje de señas como lenguaje hablado, y (3) usar cualquier vocabulario especial que se necesite. El intérprete debe usar el mismo lenguaje de señas que la persona discapacitada; el deletreo con los dedos o Inglés con señas no funcionará generalmente con una persona que usa el Lenguaje Americano de Señas (American Sign Language).

El usar a un amigo o familiar como intérprete funciona en algunos casos, pero este método puede ocasionar problemas serios. Esa persona puede no ser capaz de interpretar complicados términos médicos o puede estar demasiado involucrada personalmente para traducir con precisión e imparcialidad. Además, puede ser que usted no quiera que su amigo o familiar se entere de la información confidencial que están compartiendo usted y su proveedor. Informe a su doctor si usted no quiere apoyarse en un amigo o familiar. Recuerde que usted no es legalmente responsable por proporcionar un intérprete, aún cuando tenga un amigo o familiar que pueda interpretar.

Los proveedores de servicios de salud que quieren evitar pagar a un intérprete pueden presionarle para que usted lleve a su propio intérprete o que se apoye en notas o lectura de labios. Recuerde su derecho a la comunicación efectiva, e informe a su proveedor si el método que le sugiere no va a funcionar para usted. Si usted sabe por anticipado que necesitará un intérprete, dígaselo a su proveedor para que tenga suficiente tiempo para hacer los arreglos necesarios.

>>Dispositivos de Telecomunicación (TDDs/TTYs)

Las personas sordas o con problemas auditivos o con impedimentos del habla tienen derecho a servicios telefónicos accesibles. Si un hospital, hogar de atención a enfermos, u otro lugar de servicios de salud les da a sus pacientes acceso regular a los teléfonos para llamadas salientes, debe proporcionar TDDs y teléfonos que sean compatibles con aparatos auditivos o teléfonos con amplificadores.

Si su proveedor de servicios de salud no tiene un TDD, puede recibir llamadas entrantes de usuarios de TDD por medio de sistemas de transmisión (relay), que permiten a las personas que usan TDDs comunicarse con personas que usan teléfonos de voz. Puesto que las compañías telefónicas deben proporcionar sistemas de transmisión, estos sistemas deben estar disponibles para hacer citas y obtener información básica de un proveedor de servicios de salud. Vea la Guía de Recursos en la pág. 147 para los números telefónicos del Sistema Relay de California (California Relay System).

>>Dispositivos de Subtítulos y Ayuda Auditiva

En un lugar donde la gente pueda ver televisión, los pacientes sordos o con problemas auditivos deben tener acceso a televisión con subtítulos.

Si un proveedor de servicios de salud usa videocintas, conferencias u otras presentaciones para dar información, debe hacerlos accesibles a las personas con discapacidades. Las maneras de hacer esto incluyen intérpretes de lenguaje de señas y dispositivos de ayuda auditiva que corrijan problemas de distancia y ruido de fondo. Los videos deben incluir subtítulos. Se debe proporcionar una descripción oral cuando se presente material visual importante.

>Animales de Servicio

Un animal de servicio es un perro u otro animal individualmente entrenado para ayudar a una persona discapacitada. Los animales de servicio pueden ayudar a guiar a la persona con impedimentos visuales, alertar a las personas sobre sonidos, jalar sillas de ruedas, cargar y recoger objetos, y ayudar con el equilibrio.

Usted tiene derecho a tener a su animal de servicio con usted cuando visite un lugar de servicios de salud (aún cuando el lugar tenga una política de “no mascotas” y aún cuando las leyes locales y estatales no permitan animales). No debe ser separado de otras personas sólo por estar con un animal de servicio.

Puede haber partes de un lugar de servicios de salud (como salas de operación o emergencias y unidades de terapia intensiva) donde no pueda llevar a su animal de servicio porque puede ocasionar distracciones o interferir con el tratamiento de los pacientes.

Un proveedor de servicios de salud puede excluir por completo a su animal de servicio únicamente si representa una amenaza directa a la salud y seguridad de otras personas. Esta decisión debe basarse en cada animal en lo individual, y no en experiencias con otros animales. Si a su animal de servicio no se le permite el paso, usted aún tiene derecho a usar los servicios de este lugar.

>Acceso para Personas con Sensibilidad Química Múltiple o Enfermedad Ambiental

Al igual que las personas con otras discapacidades, la gente con sensibilidad química incapacitante o enfermedad ambiental tiene derecho a tener acceso a los servicios de salud. Puede ser difícil hacer que un edificio médico esté libre de las sustancias químicas que le afectan, y su proveedor puede no ser capaz de evitar que todos los demás pacientes usen productos aromatizados. Pero existen pasos que pueden y deben tomarse. Algunos pueden involucrar un cambio en las prácticas usuales del proveedor de servicios de salud. Por ejemplo, su doctor puede darle una cita que sea más temprano o más tarde que el horario normal del consultorio para que usted no se vea expuesto a las sustancias químicas utilizadas en la limpieza o a otros pacientes que utilizan productos aromatizados. Algunos proveedores pueden estar dispuestos a hacer consultas a domicilio o pueden tener la capacidad de tratarle en un sitio alternativo que sea menos tóxico.

Busque un proveedor que trabaje con usted para que pueda obtener los servicios de salud que necesita sin verse expuesto a las sustancias químicas que le afectan. Asegúrese de que su doctor conozca su discapacidad para que pueda evitar recetarle algo que pueda ocasionarle una mala reacción.

>Su Derecho a Servicios de Emergencia

Usted tiene derecho a servicios de emergencia, aún cuando no tenga seguro o no pueda pagar. Un hospital que tenga departamento de urgencias debe aceptar a cualquier paciente con una condición médica de emergencia si el hospital tiene las instalaciones y el personal para proporcionar atención. El hospital debe evaluar al paciente, proporcionar atención de emergencia, y hacer las transferencias correspondientes.

No se le debe preguntar si puede pagar hasta que se le haya dado la atención de emergencia que necesita. Los hospitales deben informarle sobre sus derechos a atención de emergencia, los cuales existen bajo la ley de California y una ley federal llamada Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Partos (Emergency Medical Treatment and Labor Act , EMTALA). EMTALA se aplica a cualquier hospital que participe en el programa Medicare.

>>Condiciones Médicas de Emergencia

Si usted va a un departamento de emergencia en un hospital y solicita una revisión o tratamiento, un proveedor de servicios de salud calificado debe hacerle una revisión exploratoria para ver si usted tiene una “condición médica de emergencia”. Una condición médica es una emergencia cuando existen síntomas agudos (incluyendo dolor) que son lo suficientemente severos para poner en serio peligro su salud u ocasionar un daño serio a alguna función corporal, órgano, o parte si no se le da atención médica de inmediato. Una condición médica de emergencia puede deberse a un problema psiquiátrico o a abuso de sustancias.

Una condición médica también es una emergencia si hay síntomas agudos (incluyendo dolor) tan severos que pongan en serio peligro la salud de una mujer embarazada o de su feto si no reciben atención médica inmediata. Bajo la ley, también existe una condición médica de emergencia si una mujer embarazada está teniendo contracciones y no hay suficiente tiempo para una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o si una transferencia puede representar una amenaza a la salud / seguridad de la mujer o el feto.

>>Estabilizar Su Condición

Si usted tiene una condición médica de emergencia, el hospital debe tratar de estabilizar su condición. Se le considera estabilizado cuando el proveedor que le trate concluya que su condición no tiene probabilidades de deteriorarse significativamente como resultado de una transferencia o durante la misma. Una mujer embarazada que está teniendo contracciones se considerará estabilizada una vez que haya nacido el bebé y la placenta haya sido expulsada.

>>Transferencias

El hospital no puede transferirle a otro lugar antes de que su condición médica de emergencia se estabilice, a menos que (1) su doctor piense que una transferencia es mejor para su salud o (2) usted o su representante decida de manera informada que usted quiere ir a algún otro lado.

Si el hospital decide transferirle, el hospital que le reciba debe estar preparado para tratarle, y la transferencia debe hacerse de una manera que minimice los riesgos de salud.

Si usted no tiene una condición médica de emergencia, el hospital puede enviarle a algún otro lado.

>>Pagar por Atención de Emergencia

La ley que aquí se discute se asegura de que los hospitales no retrasen ni nieguen atención urgente en una emergencia. La ley no menciona la manera en que usted debe pagar por dicha atención. Si usted no tiene seguro, tendrá que determinar un plan de pago con el hospital o ver si califica para beneficios públicos de salud. Algunos hospitales ofrecen descuentos si usted paga de inmediato.

Si tiene seguro, siga las instrucciones de su plan para que se cubran los servicios de emergencia. Notifique a su plan de salud en cuanto sea posible (usualmente en un periodo de 24 a 48 horas, pero revise las reglas del plan) que recibió atención de emergencia. Después de que su condición se estabilice, el plan puede decidir que su atención de seguimiento se proporcione en otro lugar. Un plan de salud generalmente debe seguir estas reglas:

- .. No puede requerir que los doctores obtengan “autorización previa” para servicios de emergencia y atención necesaria para estabilizar una condición de emergencia. (“Autorización previa” es la aprobación de la aseguradora para que un miembro del plan reciba un tratamiento, prueba, o procedimiento quirúrgico antes de que tenga lugar.)
- .. Debe pagar los servicios de emergencia a menos que usted no necesitara de los mismos y debiera haber sabido que no había emergencia alguna.
- .. Si el plan requiere de autorización previa para el reembolso por atención médica necesaria, usted debe tener acceso las 24 horas para obtener autorizaciones para atención que requiera cuando ha tenido una emergencia y su condición está estabilizada pero el médico tratante le dice que aún no es seguro darle de alta.

>Obtener Servicios de Salud Accesibles y de Calidad

>>Elegir un Proveedor de Servicios de Salud

Usted debe sentirse cómodo con su proveedor de servicios de salud y confiar en sus habilidades. Al buscar un doctor, dentista o terapeuta, es útil obtener recomendaciones de otros proveedores, amigos y familiares, organizaciones de discapacitados, o personas con problemas parecidos de salud. Usted querrá tomar una decisión informada respecto a cuán compatible es un proveedor en particular para usted. Algunas preguntas que pudiera hacer son:

- .. ¿Está aceptando nuevos pacientes el proveedor?
- .. ¿Acepta su seguro el proveedor?
- .. Si usted no tiene seguro, ¿cómo se va a manejar la cuenta? Algunos proveedores pueden ofrecer un descuento si usted puede pagar en el momento de su consulta.
- .. ¿Tiene experiencia el proveedor con su discapacidad? ¿Conoce la información más actualizada acerca de sus condiciones de salud y los más recientes tratamientos para las mismas?

- .. ¿Obtendrá el acceso que necesita? ¿Existen barreras físicas que obstaculicen su acceso a los servicios de salud que necesita? ¿Son accesibles las mesas de revisión? ¿Se le ayudará a subir y bajar de la mesa? ¿Se le ayudará a llenar formas? ¿Puede ayudarle un empleado a vestirse? Si usted necesita un intérprete de lenguaje de señas, ¿se le proporcionará uno? ¿Hay información de salud disponible en formatos alternos? ¿Puede llevar a su animal de servicio?
- .. ¿El proveedor habla el idioma con el que usted se siente cómodo? De no ser así, ¿utilizará un traductor?
- .. ¿Qué tan lejos tendrá que viajar para ver al proveedor? ¿Existe estacionamiento accesible? ¿Está el consultorio cerca del transporte público? ¿Ofrece el proveedor algún tipo de transporte? Si usted quiere coordinar citas, puede preferir un proveedor cerca de sus otros proveedores.
- .. ¿Cuál es el horario normal del consultorio? De ser necesario, ¿lo pueden recibir antes o después?
- .. ¿Qué tan larga es la espera para una cita? ¿Y qué pasa si usted desarrolla un problema serio?
- .. ¿Puede contactar al proveedor cuando su consultorio esté cerrado? ¿Quién lo cubre cuando tiene que ausentarse?
- .. ¿Cuánto va a durar su cita? Si necesita más tiempo, ¿se lo darán?
- .. ¿Afectará esta decisión qué otros doctores puede ver?
- .. ¿Dónde tiene privilegios de hospital el médico?
- .. ¿Tendrá que pagar por citas a las que no haya asistido?
- .. ¿Qué tipo de experiencia y capacitación tiene el proveedor? ¿Tiene alguna área de especialidad?

Contacte a la Junta Médica de California (Medical Board of California, MBC, 916-263-2382; 916-322-1700 [TDD]; www.medbd.ca.gov) para determinar si una persona cuenta con licencia para practicar la medicina. La MBC también puede proporcionarle cierta información de negligencia y acción disciplinaria de hospitales. Adicionalmente, puede averiguar si un doctor enfrenta cargos formales de la MBC o ha sido disciplinado por la MBC u otra junta médica estatal. Puede investigar si un médico es certificado por la junta como especialista, en la Junta Americana de Especialidades Médicas (American Board of Medical Specialties, www.certifieddoctor.org).

Especialmente al elegir un médico de atención primaria, es recomendable elegir a alguien que comprenda su discapacidad y cómo afecta su salud global. Algunos discapacitados son sobrevivientes de abuso sexual, y muchos han tenido perturbadoras y molestas experiencias con los servicios de salud; los proveedores deben estar conscientes y ser sensibles a estos problemas. Pregúntese si se siente cómodo con su proveedor. ¿Le está dando suficiente tiempo y atención? ¿Respeto sus opiniones y lo trata como un socio en su atención? Recuerde, se trata de su salud, usted debe estar completamente informado y ser incluido en todas las decisiones. Revise su Guía para Elegir Servicios de Salud de

Calidad y otros recursos en www.healthfinder.gov/smartchoices/qualitycare/provider.htm para mayor información sobre cómo elegir y trabajar con médicos.

>>Consentimiento Informado

Usted tiene el derecho a decidir qué tipo de atención quiere recibir. Antes de tratarle, un médico debe informarle, de manera clara y entendible, sobre los beneficios y los riesgos de los diferentes métodos. Usted debe tener suficiente información para tomar una decisión significativa. Haga preguntas sobre su condición, la recomendación del médico, alternativas (incluyendo el no tratamiento), los beneficios y los riesgos, niveles de éxito, quién llevará a cabo los procedimientos que está considerando, posible dolor y efectos secundarios, y qué esperar después del tratamiento. Si usted no está 100% convencido, busque una segunda opinión (vea las págs. 43–44).

Antes de tomar una decisión, puede desear consultar otras fuentes. Los libros, artículos, y la Internet pueden ayudar, pero verifique la veracidad de la fuente. Para mayor información sobre problemas específicos de salud, los siguientes sitios pueden ayudar:

- .. www.healthfinder.gov
- .. www.mayohealth.org/home
- .. www.medlineplus.gov
- .. infonet.welch.jhu.edu/advocacy.html
- .. cpmcnet.columbia.edu/texts/guide
- .. www.health.gov/nhic/Pubs/clearinghouses.htm
- .. www.ihr.com/publcons.html

Recuerde, la decisión final sobre su tratamiento es suya; mientras más sepa, mejores decisiones podrá tomar.

>>Asistir a Su Cita

Si su proveedor de servicios de salud ofrece asistencia de transporte para pacientes, ese servicio debe ser accesible. Si necesita ayuda para asistir a una cita, pregunte en su centro de vida independiente local para ver cuáles servicios de transporte están disponibles. Vea las págs. 132–33 para mayor información sobre transporte.

>>La Cita

Tómese algo de tiempo para prepararse para su cita. Confirme por adelantado que el proveedor se encargará de sus necesidades de acceso. Haga una lista de los temas que quiere discutir, incluyendo cualquier síntoma que quiera que se revise. Decida si quiere escribir la información que reciba. Si quiere grabar una cinta de la cita o llevar a un amigo como apoyo, pregunte primero al proveedor si es posible.

No suponga que su proveedor tiene toda la información que es importante para su atención. Por ejemplo, puede no saber que usted está tomando un medicamento recetado por otro médico. Indíquelo al proveedor si está tomando cualquier medicamento, incluyendo medicamentos que se venden sin receta o medicinas naturistas u homeopáticas. Ofrezca información que usted piense que su proveedor debe conocer, aún cuando no se la pida. Haga cualquier pregunta de seguimiento que tenga. Para confirmar que comprende las explicaciones de su proveedor, puede repetir la información que él o ella le haya proporcionado.

Si se discute cualquier procedimiento, tratamiento o medicamento, asegúrese de tener suficiente información para tomar una decisión informada. Si quiere un pase para un especialista, o una segunda opinión, sólo pídale. Manténgase en contacto para obtener los resultados de los análisis.

>>Prepararse Para una Visita al Hospital

Si usted espera internarse en el hospital, planee por adelantado. Confirme que el hospital le proporcionará un cuarto accesible y que se encargará de cualquier necesidad especial. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas, investigue cómo se organizará su disponibilidad. Es posible que también desee solicitar un cuarto con TDD/TTY y acceso a programas de televisión con subtítulos. Lleve consigo cualquier artículo que desee tener disponible durante su estancia. Obtenga los nombres de los proveedores que serán responsables de su atención y pregunte a quién contactar si tiene algún problema. Investigue cuándo puede esperar salir del hospital y cómo se manejará la facturación. Antes de salir del hospital, asegúrese de tener toda la información que necesita para su atención y medicamentos posteriores a ser dado de alta.

>>Directiva por Anticipado

Piense en preparar una “directiva por anticipado para atención a la salud,” un documento legal que le permite decir qué atención médica usted quiere o no quiere que se le proporcione en caso de que su condición sea tan grave que le impida comunicarse. Las instrucciones por adelantado pueden indicar sus deseos directamente y/o permitirle elegir a una persona en la que usted confía para tomar decisiones por usted. Para un ejemplar gratuito en inglés o español la forma de Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud (Advance Health Care Directive), contacte a la Asociación de Atención de la Salud de California (California Healthcare Association, www.calhealth.org/res_pubs_frmspstrs.htm; 800-494-2100). Puede obtener ayuda con la forma en Activistas de California por la Reforma de los Hogares de Atención a Enfermos (California Advocates for Nursing Home Reform, www.canhr.org; 800-474-1116).

Derechos para Residentes de Hogares de Atención a Enfermos y Lugares de Atención a Largo Plazo

Si usted se aloja en un lugar de atención a largo plazo (como un hogar especializado de atención a enfermos), usted tiene derecho a:

- ..Ser tratado con dignidad y respeto;
- ..Recibir los servicios en la manera que restrinja lo menos posible su libertad personal;
- ..Recibir información completa sobre su salud y la oportunidad de participar en la planeación de su atención;
- ..Que sus expedientes sean mantenidos en la confidencialidad;
- ..Estar libre de abuso verbal, mental, sexual y físico;
- ..Estar libre de limitantes químicas o físicas (medicamentos psicoterapéuticos o antipsicóticos) que se utilizan para fines disciplinarios o por conveniencia del personal y que no son necesarios para sus síntomas médicos, a menos que se presente una emergencia con amenaza de lesiones inmediatas para usted u otro residente;
- ..Presentar quejas y recomendaciones para cambios;
- ..Ser informado sobre servicios y cargos;
- ..Ser informado sobre sus asuntos financieros y administrarlos;
- ..Tener horas diarias de visita y pasar tiempo privado con amigos, familiares, religiosos, proveedores de servicio y otras personas;
- ..Participar en actividades sociales, religiosas y comunitarias;
- ..Tener acceso razonable a teléfonos y TDDs, hacer y recibir llamadas confidenciales, y enviar y recibir correo personal sin que sea abierto;
- ..Ser transferido o dado de alta de la institución únicamente si (1) usted se recupera hasta el punto en que ya no necesite de atención en un hogar de atención a enfermos, (2) es necesaria una transferencia o ser dado de alta por su bienestar y la institución no puede resolver sus necesidades, (3) la salud o la seguridad de otros residentes está en peligro, (4) usted no paga por su atención, o (5) la institución deja de operar, y
- ..Ser notificado con un tiempo razonable sobre su alta o transferencia.

Si su institución va a cerrar, usted tiene derecho a ser notificado y recibir los servicios que le protegerán contra daños al ser trasladado al nuevo lugar. Por ejemplo, la institución que va a dejar de atenderle debe asegurarse de que usted podrá obtener la atención y servicios debidos en otro lugar.

Si usted piensa que sus derechos como residente de un hogar de atención a enfermos han sido violados, contacte a la Oficina de Derechos de los Pacientes (Office of Patients' Rights, 800-254-5166) o a la oficina de distrito de la División de Certificación y Licencias del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services Licensing and Certification Division), la dependencia estatal que hace cumplir las leyes de hogares de atención a enfermos. Activistas de California para la Reforma de Hogares de Atención a Enfermos (California Advocates for Nursing Home Reform, CANHR, 800-474-1116; www.canhr.org) tiene información sobre cómo elegir un hogar de atención a enfermos, Medi-Cal, y derechos de los residentes, y puede ayudarle con sus quejas. CANHR también tiene un servicio de recomendación de abogados que puede

ayudar a los consumidores con leyes de la tercera edad y preocupaciones de atención a largo plazo. Para mayor información sobre la calidad de hogares de atención a enfermos, visite www.medicare.gov/NHCompare/home.asp.

>Sugerencias para Ayudarle a Ser Su Propio Defensor

Mantenga sus propios expedientes conteniendo su historial y atención médica, incluyendo resultados de análisis, reportes médicos y resúmenes de sus visitas médicas. Documente todas sus reuniones y conversaciones con proveedores y aseguradoras. Siempre pregunte el nombre de la persona que tome su queja y/o le proporcione información, y escriba lo que se le diga, especialmente si tiene algún problema. Siempre que pueda, comuníquese por escrito y guarde copias de las cartas que envíe y reciba.

Si tiene un problema de acceso, discútalos con su proveedor o la persona a cargo de la institución de atención médica. Las instituciones grandes pueden tener oficinas de relaciones con pacientes a las que usted puede contactar. Si algún representante se muestra poco accesible, pida hablar con un supervisor. Sea asertivo, y recuerde sus derechos.

Su discapacidad no es una razón para que un proveedor de servicios de salud se niegue a proporcionarle servicios adecuados. Si usted encuentra alguna barrera, trate de trabajar con el proveedor para resolverla. Si el proveedor, institución o aseguradora se rehúsa a tomar en cuenta de manera razonable sus necesidades de acceso, envíe una carta (1) explicando el problema, (2) proponiendo una solución si conoce alguna, (3) indicando los pasos que ya ha tomado, (4) exigiendo su derecho al acceso (puede mencionar las leyes que requieren que se ofrezca acceso [vea la pág. 5]), y (5) estableciendo un plazo razonable para recibir una respuesta. Si puede, envíe una carta por correo certificado con acuse de recibo. Siempre guarde una copia de la carta.

Si no puede resolver un problema de acceso con un doctor, puede presentar una queja con la Junta Médica de California (Medical Board of California), la cual investiga quejas sobre la calidad de la atención y violaciones a la ley. La Junta puede disciplinar a los médicos. Llame al 800-633-2322 o escriba a Medical Board of California, Central Complaint Unit, 1426 Howe Ave., Suite 54, Sacramento, CA 95825-3236.

>Presentar una Demanda para Hacer Cumplir sus Derechos de Acceso

Si una persona, compañía, organización o agencia responsable por proporcionar acceso viola sus derechos, usted puede presentar una demanda en la corte federal o estatal. Aunque es útil tener un abogado, usted puede representarse a sí mismo. Si no tiene un abogado, una opción es presentar una queja por discriminación en la Corte de Quejas Menores (Small Claims Court), usando la Ley de Derechos Civiles Unruh (Unruh Civil Rights Law) y la Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, vea la pág. 5). Si usted prueba su caso, tiene derecho a cuando menos \$1,000 dólares en daños y puede obtener hasta \$5,000. Al mismo tiempo, usted puede enviar el mensaje de que los demandados deben pagar un precio si se niegan a proporcionar el acceso que la ley indica. Si usted quiere presentar un caso ante la Corte de Quejas Menores, obtenga

un “Paquete de Usuario para Quejas Menores” del secretario de la corte del condado, siga las instrucciones del paquete y pague una pequeña suma al presentar su caso.

Para mayor información sobre la presentación de demandas, vea “Trabajar con un Abogado” en la página 135.

>>Obtener Ayuda con un Problema de Acceso

Si usted no puede resolver un problema de acceso por su propia cuenta, es posible que obtenga ayuda en:

- ..Línea telefónica de ayuda ADA: www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm; 800-514-0301 (voz); 800-514-0383 (TDD)
- ..Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates,DRA): www.dralegal.org; 510-451-8644 (voz); 510-451-8716 (TDD)
- ..Fondo de Educación y Defensa de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Education & Defense Fund, DREDF): www.dredf.org; 510-644-2555 (voz/TDD)
- ..Protection & Advocacy, Inc. (PAI): www.pai-ca.org; 800-776-5746
- ..Centro Occidental de Leyes para los Derechos de los Discapacitados (Western Law Center for Disability Rights): www.wlcdr.org; 213-736-1031 (voz); 213-736-8310 (TDD)
- ..Su centro de vida independiente local, que puede encontrar por medio de la Fundación de California para Centros de Vida Independiente (California Foundation for Independent Living Centers): www.cfilc.org; 916-325-1690 (voz); 916-325-1695 (TDD)
- ..Una organización local de servicios legales o un abogado privado recomendado por su asociación local de la barra o un servicio certificado de recomendación de abogados (<http://calbar.org/2con/referral.htm>).

^Sección 2: Seguro Privado

>Puntos Principales de la Sección

Esta sección discute los seguros privados. La Parte I cubre todo lo referente a seguros médicos, la Parte II cubre el seguro Medigap, y la Parte III cubre el seguro de atención a largo plazo. Algunos de los temas que aquí se discuten incluyen:

- *Los planes de salud en grupo no le pueden excluir o cobrarle más debido a su discapacidad. Vea la pág. 27.
- ..Los planes individuales no le pueden rechazar o cobrarle más a menos que puedan justificar su decisión. Vea la pág. 29.
- ..Existen situaciones en las que usted tiene el derecho a comprar un plan de salud individual aún cuando tenga una enfermedad costosa. Vea las págs. 30–33.
- ..Usted puede obtener ayuda para pagar las primas si enferma y no puede pagarlas. Vea las págs. 33–34.

- .. La ley limita el tiempo que su plan puede excluir cobertura por problemas de salud que usted tuviera antes de suscribirse. Vea las págs. 35–38.
- .. Su plan debe incluir ciertos beneficios. Vea las págs. 38–40.
- .. Elegir sus doctores. Obtener recomendaciones y segundas opiniones. Ir a un ginecólogo-obstetra sin recomendación. Obtener atención continua y salir de la red. Vea las págs. 41–44.
- .. Los discapacitados no pueden ser separados para darles una atención de calidad inferior. Vea la pág. 45.
- .. Objetar la negación de su plan a cubrir la atención que usted necesita. Vea las págs. 45–58.
- .. Continuar la cobertura mientras usted se encuentra de permiso en su empleo. Vea las págs. 58–59.
- .. Continuar la cobertura por medio de COBRA si usted está a punto de perder la cobertura que obtuvo por medio de su empleo o el de algún familiar. Vea las págs. 59–65. Obtener COBRA para un hijo que está perdiendo su condición de “dependiente”. Vea la pág. 61. Extender COBRA si usted queda discapacitado. Vea la pág. 64. Extender COBRA si usted tiene 60 años o más cuando inicie su COBRA. Vea las págs. 65–66.
- .. Conservar el seguro médico para un hijo adulto discapacitado. Vea la pág. 66–67.
- .. Cuáles planes de grupo deben permitirle convertirse a un plan individual. Vea las págs. 67–69.
- .. Cómo el seguro Medigap suplementa a Medicare. Vea la pág. 69. Comparar al comprar para obtener el mejor precio en su plan Medigap. Vea las págs. 69–71. Cuándo tiene derecho a comprar Medigap aún cuando tenga una enfermedad costosa. Vea las págs. 73–76.
- .. Seguro de atención a largo plazo: ayuda con las actividades de la vida diaria. Vea las págs. 77–79.

{Parte I: Seguro Médico}

>Elegir Su Seguro médico

El tipo de seguro médico que usted tenga afecta la calidad y costo de su atención. Si usted puede elegir entre planes de salud, tome una decisión informada sobre cuál es el correcto para usted. Al elegir un plan, algunas de las muchas preguntas a considerar incluyen: ¿Cubre el plan la atención de su discapacidad (o la de un familiar) y otras condiciones de salud? ¿Podrá ver a sus actuales médicos? De no ser así, ¿cuenta el plan con médicos con los que usted se sentirá a gusto? ¿Cuánto tiempo tendrá que esperar para obtener sus citas? ¿Puede pagar las primas y otros costos del plan? ¿Hay otras personas satisfechas con el plan?

Dos fuentes de información sobre la calidad del plan son (1) la manera en que los consumidores califican sus planes y (2) qué resultados de atención médica logran los planes. También es recomendable saber si un plan está “acreditado” (tiene el sello de aprobación de una organización que evalúa planes). Puede obtener información sobre la calidad de un plan y cómo elegir un plan en:

- .. Buscador de salud (Healthfinder, www.healthfinder.gov, haga clic en “elegir atención de calidad” [*choosing quality care*] bajo “decisiones inteligentes” [*smart choices*])
- .. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research and Quality, 800-358-9295; 888-586-6340 [TDD]; www.ahrq.gov/consumer)
- .. Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 630-792-5600; www.jcaho.org)
- .. Comité Nacional para Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, 888-275-7585; www.ncqa.org)
- .. Grupo Empresarial Pacific para la Salud (Pacific Business Group on Health, www.healthscope.org)
- .. URAC (Comisión Americana de Acreditación de la Atención Médica, American Accreditation Healthcare Commission) (202-216-9010; www.urac.org)
- .. Asociación Americana de Planes de Salud (American Association of Health Plans, www.aahp.org)

>>Tipos de Planes

“Atención administrada” y “pago por servicio” son los dos principales tipos de planes de salud. Los planes de pago por servicio generalmente no restringen dónde obtiene usted su atención, usted elige a sus doctores y hospitales. Dos tipos de cobertura en pago por servicio son la “básica” (que ayuda a pagar la mayoría de los costos de hospital y cirugías y algunas consultas con el médico) y “gastos médicos mayores” (que inicia donde termina la cobertura básica, ayudando a pagar los costos de la atención por enfermedades y lesiones). Los planes “comprehensivos” incluyen tanto la cobertura básica como de gastos médicos mayores. Algunos servicios pueden no ser cubiertos. Si usted tiene un plan de salud de pago por servicio, debe llevar la cuenta de sus gastos médicos, guardar facturas, y llenar formas. Los costos incluyen primas, deducibles y coseguro (que se explica más adelante). La mayoría de los planes pagan sólo cuotas “usuales”, “acostumbradas” y/o “razonables” por los servicios; si un doctor cobra más, usted paga la diferencia (además del deducible y coseguro).

Los planes de atención administrada tienen más restricciones pero con frecuencia tienen costos menores y más predecibles que los planes de pago por servicio. Muchos planes de atención administrada requieren de aprobación previa (“autorización previa”) [vea la pág. 14] para los servicios, y algunos limitan el número de consultas que se cubren. La atención preventiva se cubre. El plan de atención administrada típico es la HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud, Health Maintenance Organization), que requiere que usted obtenga su atención de una “red” de proveedores “participantes” que

tienen contrato con el plan. En una HMO, usted necesita referencias para ver a la mayoría de los especialistas. A menos que usted tenga una emergencia, si quiere que la HMO le ayude a pagar por su atención, generalmente necesita el permiso de la HMO para usar doctores y hospitales fuera de la red.

Con un plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS), usted puede estar en una HMO y consultar a médicos que no trabajen con la HMO, pero usualmente paga un deducible y coseguro por tal flexibilidad. En un plan POS, usted puede necesitar la referencia de un médico de atención primaria para ver a un especialista.

Los planes de PPO (Organización de Proveedores Preferidos, Preferred Provider Organization) combinan aspectos de la atención administrada y los planes de pago por servicio. Le alientan a usar a los médicos de la red pero usualmente le dan una opción de usar proveedores fuera de la red (a un costo mayor) y con frecuencia permiten consultas con especialistas sin recomendación.

En California, el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) (888-HMO-2219; 877-688-9891 [TDD]) supervisa a todas las HMOs y a algunos planes de salud que no pertenecen a las HMO, tipo Blue Cross y Blue Shield. El DMHC tiene una Oficina de Defensa del Paciente (Office of Patient Advocate) para representar los intereses de las personas suscritas a los planes de salud autorizados por el DMHC. El Departamento de Seguros (Department of Insurance, 800-927-HELP [4357] o 800-482-4TDD) regula otros seguros, incluyendo los planes de salud de pago por servicio. Ninguno de estos departamentos tiene autoridad sobre planes autofinanciados (explicados en la pág. 28), los cuales son regulados por el gobierno federal.

>>Costos de los Planes

Los costos de los planes de salud varían, dependiendo del tipo de plan que usted tenga. El pago de “primas” generalmente se requiere para que usted sea un miembro que pueda recibir los beneficios del plan. Las primas usualmente se pagan de manera mensual o trimestral. Si usted tiene seguro médico por su empleo o por el empleo de algún familiar, el patrón puede pagar toda la prima o parte de la misma. Otros costos de los planes de salud pueden incluir:

- .. Copago— una cuota que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios. Por ejemplo, puede pagar \$10 dólares por cada consulta con el médico.
- .. Deducible – una cantidad que usted debe pagar por su atención médica cada año antes de que el plan empiece a pagar (no todos los gastos médicos cuentan para el deducible en algunos planes). Por ejemplo, si usted tiene un deducible anual de \$1,000 dólares y sólo necesita \$800 dólares de atención este año, su plan no le ayudará a pagar porque el costo de su atención no ha sido mayor que el deducible.
- .. Coseguro – su parte del costo. Por ejemplo, es posible que usted tenga que pagar el 20% de sus costos médicos, mientras que el plan paga el 80%. Aunque algunos planes tienen un “desembolso máximo” que limita lo que usted tiene que pagar en un cierto año por la atención cubierta, algunos tienen límites máximos vitalicios sobre lo que debe pagar. Un

límite máximo vitalicio puede ser un problema para una persona con una enfermedad costosa.

>>Grupos Médicos

Algunos médicos pertenecen a grupos médicos que tienen contratos con las HMOs y otros planes de salud para proporcionar servicios médicos. Algunos grupos médicos tienen reglas que sus doctores deben seguir; los doctores pueden necesitar la aprobación del grupo para hacer recomendaciones (especialmente fuera del grupo médico) o proporcionar ciertos tratamientos o análisis. Los grupos médicos con frecuencia tienen oficinas de asistencia. Si usted tiene algún problema con un grupo médico, puede quejarse tanto con el grupo médico como con el plan. Si usted está en un grupo médico, puede verse limitado a los médicos de dicho grupo a menos que tenga permiso de su plan para consultar médicos fuera del grupo (vea la pág. 42).

>>Obtener Atención “Médicamente Necesaria”

Aún para los beneficios que incluye su plan, usted y su aseguradora pueden no coincidir sobre la “necesidad médica”, es decir, si su salud requiere de un servicio médico en particular. Lo que es médicamente necesario depende de la persona. Una discapacidad puede crear una necesidad de atención que la gente sin discapacidades no requiere. Por ejemplo, a causa de su discapacidad, usted puede necesitar análisis de sangre o consultas médicas adicionales, atención dental bajo anestesia en un hospital, o una estancia más prolongada en el hospital. Si usted necesita de cuidados que sean un beneficio cubierto, su plan debe pagarlos, aún cuando una persona no discapacitada no los necesitara.

Si usted necesita pelear para que su aseguradora pague la atención que necesita, su médico puede ser un aliado. Aún cuando la atención que usted necesita no sea un beneficio normalmente cubierto, puede valer la pena presionar para que se cubra. Si tiene algún problema para que su plan pague por atención médicamente necesaria, vea las págs. 45–58 (seguro privado), págs. 92–95 (Medicare), o págs. 111–12 (Medi-Cal).

>>Información que el Plan Debe Proporcionarle

El contrato entre el plan y usted (o su patrón) establece la cobertura provista por el plan, las políticas y procedimientos del plan, así como sus derechos y responsabilidades. El documento que usted recibe con frecuencia se conoce como “Evidencia de Cobertura” (Evidence of Coverage, EOC) o “Resumen de Descripción del Plan” (Summary Plan Description, SPD). Si su seguro es por medio de un patrón, usualmente obtendrá una SPD; si quiere más que este resumen, puede pedir a su patrón o al administrador del plan que le proporcione el resto de los documentos del plan (pueden haber cargos por copiado, de hasta 25¢ de dólar por página). Si tiene alguna pregunta, contacte al departamento de servicio al cliente del plan, o, según sea el caso, a su patrón o agente de seguros para solicitar una explicación. Si hay cambios importantes, usted debe ser notificado acerca de los mismos. Guarde la información del plan para que pueda consultarla cuando tenga una pregunta o problema.

>>Leer Cuidadosamente la Información de su Plan

Le conviene enterarse sobre: (1) los beneficios del plan (Por ejemplo, ¿se cubre la atención médica mental? ¿Se cubren los medicamentos con receta? ¿La atención preventiva? ¿Las revisiones regulares para usted y sus hijos? ¿La compra y mantenimiento de equipo médico duradero y tecnología asistiva?); (2) limitaciones de la cobertura (Por ejemplo, ¿pagará el plan un máximo de \$25,000 dólares por el tratamiento del SIDA? ¿Existe un límite para el número de consultas cubiertas? ¿Existen exclusiones para atención quiropráctica y acupuntura? ¿Para fertilización in-vitro?); (3) las limitaciones sobre su elección de médicos y reglas para usar proveedores fuera de la red del plan o de su grupo médico; (4) si necesita recomendaciones para ver a ciertos médicos; (5) cómo obtener una segunda opinión; (6) cómo hacer los arreglos para que el plan pague su atención; (7) sus costos y qué hacer si recibe una factura de un médico u hospital; (8) cuándo necesita “autorización previa” o “aprobación previa” para que se cubra su atención; (9) si se usa un “formulario” para medicamentos con receta (vea la pág. 40); y (10) qué hacer si el plan se niega a pagar la atención que usted necesita.

>>Discriminación de Seguros Basada en Discapacidad

Mucha gente esperaba que la Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) terminara con la discriminación contra los discapacitados por parte de las compañías aseguradoras. Desafortunadamente, las cortes de California han decretado que la ADA generalmente no regula los seguros. Como resultado de esto, esta ley no puede ayudarle si usted está enfrentándose a una negación de solicitud o prima inflada basada en discapacidad o la cobertura no equitativa de un plan para condiciones específicas como el SIDA, discapacidades psiquiátricas o infertilidad. Afortunadamente, otras leyes ofrecen cierta ayuda: Los planes de grupo no pueden excluirle ni cobrarle más debido a su discapacidad (vea la pág. 27). Las leyes de California prohíben que una aseguradora rechace arbitrariamente su solicitud individual o le cobre más debido a su discapacidad (vea las págs. 29–30), algunas personas tienen acceso garantizado al seguro (vea las págs. 30–31), y tanto las leyes federales como estatales requieren que los planes incluyan ciertos beneficios (vea las págs. 38–40).

>Obtener Seguro Médico Por Medio de Su Empleo o el Empleo de un Familiar

El mejor seguro médico con frecuencia se obtiene por medio de un empleo. Los patrones no están obligados a ofrecer seguro médico. Una vez que lo hacen, sin embargo, la cobertura debe estar disponible de manera equitativa para todos los empleados en situación similar. Por ejemplo, si un patrón ofrece un plan de salud a los empleados de tiempo completo y usted trabaja tiempo completo, el plan debe estar disponible para usted de la misma manera que para sus compañeros de trabajo.

Cuando su seguro médico sea por medio de un plan de salud patrocinado por un patrón o sindicato (un “plan de grupo”), usted recibe protección de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), una ley federal que aplica a los planes de grupo con dos o más empleados

actuales (una ley estatal similar aplica a los planes de grupo que incluyan sólo a un empleado actual). La HIPAA es parte de una ley federal más amplia llamada ERISA, que también se discute en el manual (vea las págs. 45–48).

Algunas protecciones de la HIPAA pueden no aplicarse a planes autofinanciados patrocinados por ciertos gobiernos estatales, de condado y locales. Si usted pertenece a un plan de dicho tipo, obtenga más información de su patrón.

>>Protección contra Discriminación en un Plan de Grupo:

- .. Un empleado o su dependiente (cónyuge o hijo) no puede ser excluido de un plan de grupo debido a factores de su “situación de salud”, los cuales incluyen una condición física o médica, discapacidad, historial médico, experiencia de reclamaciones, recepción de atención médica, evidencia de poderse asegurar, o información genética.
- .. No se le puede cobrar una prima más alta debido a su condición de salud o aquella de sus dependientes (el plan puede ofrecer descuentos a los miembros que participen en programas para mejorar la salud).
- .. No se le puede exigir que se someta a un examen físico para suscribirse al plan.
- .. Las aseguradoras no pueden rehusarse a renovar un plan de grupo sólo porque algunos de los miembros del plan se enfermen o queden discapacitados (pero las primas pueden subir para el grupo en general).

>>Periodos de Espera y Afiliación

Aunque puede haber un periodo de espera antes de que usted pueda suscribirse a un plan de grupo, no puede basarse en su situación de salud ni en la de sus dependientes.

Si una HMO no excluye la cobertura para condiciones que usted tenía antes de unirse al plan, puede imponer un “periodo de afiliación” de hasta 60 días. Durante un periodo de afiliación, el plan no se ve obligado a cubrir ningún servicio de salud, pero no puede cobrarle ninguna prima. Un periodo de afiliación inicia en la fecha de su suscripción bajo el plan de grupo; si usted cambia a cobertura HMO más de tres meses después de su fecha de suscripción, la HMO no puede imponerle un periodo de afiliación. Estas protecciones provienen de la HIPAA y la ley de California.

>>Planes de Salud de Grupo Autoasegurados (o “Autofinanciados”)

Un plan de salud de grupo “autoasegurado” (o “autofinanciado”) es creado cuando un patrón (o sindicato) guarda su propio dinero para pagar directamente por la atención médica de sus empleados (en vez de obtener un plan de una aseguradora que ayude a pagar). Al crear un plan autoasegurado, el patrón asume el riesgo por el costo de los beneficios de salud de sus trabajadores. Típicamente sólo los patrones grandes usan el autoseguro. Un patrón con un plan autoasegurado puede contratar a una aseguradora para administrar el plan (hacer cosas como pagar las reclamaciones y cobrar primas); esto puede ser confuso: al tener una aseguradora externa administrando el plan, usted puede

no darse cuenta de que se trata de un autoseguro. Revise la información de su plan para ver si el plan de su patrón es autoasegurado porque algunas reglas distintas aplican a los planes de grupo autoasegurados, los cuales son regulados por la ley federal únicamente, no por la ley estatal. Para una introducción a ERISA, una importante ley para miembros de planes de salud de grupo autoasegurados, vea las págs. 45–48.

>>Suscribirse a un Plan de Salud de Grupo

Por un tiempo limitado, los planes de salud pueden excluir la cobertura para condiciones preexistentes, las cuales son ciertos problemas de salud que usted tenía antes de unirse al plan (vea las págs. 35–38). La fecha en que usted se suscribe a un plan de grupo afecta cuánto tiempo puede aplicar a usted dicha exclusión. La “suscripción regular” es cuando usted se une a un plan de grupo en cuanto tiene oportunidad. La “suscripción demorada” es cuando se suscribe después de la fecha inicial en que la cobertura puede hacerse efectiva. (El cambiar durante la suscripción abierta de uno de los planes de su patrón a otro no hace que su suscripción se considere demorada.) La “suscripción especial” es cuando a las personas que anteriormente no han aceptado la cobertura se les permite unirse a un plan de salud de grupo sin tener que esperar hasta el siguiente periodo de suscripción abierta. La “suscripción especial” también puede suceder cuando una persona se convierte en un nuevo dependiente debido a un matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. El tiempo máximo que se puede aplicar una exclusión a condiciones preexistentes es menor para las personas con suscripciones regulares y especiales que para suscripciones demoradas.

Los planes de grupo deben dar a los empleados una descripción de sus derechos especiales de suscripción antes de que se les ofrezca la oportunidad de suscribirse. Una oportunidad especial de suscripción ocurre cuando:

- .. Un empleado (o dependiente) pierde otra cobertura de seguro médico y tenía otra cobertura al momento de rechazar la suscripción al plan de grupo. (La otra cobertura puede perderse debido a pérdida de empleo, reducción de horas, divorcio, separación o muerte. El derecho de suscripción especial también aplica si un patrón termina sus contribuciones a la otra cobertura.) En el momento en que se le ofrezca a usted la suscripción, el patrón o el plan pueden pedirle una declaración por escrito de que la está rechazando porque cuenta con otra cobertura de seguro médico; si usted no proporciona esta declaración por escrito cuando se le solicite, puede perder su derecho a suscripción especial con el que contaría si llegara a perder su otra cobertura.
- .. Una persona se convierte en un nuevo dependiente de un empleado (o, en algunos casos, de un jubilado) debido a un matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción. Sea cual sea la base para la suscripción especial, usted debe pedirla en los 30 días siguientes a calificar para ella. Sus derechos a suscripción especial provienen de la HIPAA y la ley de California.

Si el contrato para su plan de grupo (que no es autofinanciado) cubre a su cónyuge o dependientes, la ley de California requiere que el plan otorgue cobertura inmediata por accidente y enfermedad a un hijo recién nacido y cualquier menor de edad colocado con usted para adopción. (Lea las reglas del plan cuidadosamente, puede necesitar llenar las

formas de suscripción en menos de 30 días para continuar la cobertura y evitar una exclusión para condición preexistente para el menor). Los planes de grupo (que no son autofinanciados) no pueden excluir a un menor dependiente sólo por no vivir con el empleado o suscriptor.

>Obtener Seguro Médico Por Su Propia Cuenta

Si usted no tiene acceso al plan de salud en grupo de un patrón, puede solicitar un plan de salud “individual” para usted y su familia. De esta manera tendrá menos protección, pero tendrá derechos.

Una aseguradora generalmente puede negarle su solicitud individual o cobrarle más por tener una condición de salud costosa. Pero no se le puede negar la cobertura, ofrecerle cobertura limitada ni cobrarle una tarifa más alta debido a su discapacidad a menos que la aseguradora tenga evidencia de que su condición justifica una negación, limitación de cobertura o primas más altas. (Lo mismo aplica al solicitar seguro de vida o por discapacidad.) Por ejemplo, si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Final, la aseguradora puede tener un fundamento justificable para rechazar su solicitud. Pero si, por ejemplo, usted es sordo y su sordera no tiene efecto negativo sobre su salud, la aseguradora no puede rechazar su solicitud o cobrarle una prima más alta debido a su sordera.

La ley de California incluye algunas protecciones adicionales para personas que buscan seguro médico. Los planes de salud no pueden negarse a darle cobertura, limitar su cobertura ni cobrarle más sólo porque:

- ..Usted es VIH positivo (pero una aseguradora puede rechazarle si usted ha recibido tratamiento para VIH).
- ..Usted es invidente o parcialmente ciego.
- ..Usted tiene un historial familiar de cáncer de mama o se ha sometido a procedimientos de diagnóstico para enfermedad de mama pero no se le ha diagnosticado cáncer de mama.
- ..Usted tiene características genéticas asociadas con discapacidad en usted o en sus hijos. (Una aseguradora no puede preguntarle sobre sus características genéticas a menos que sea para fines terapéuticos).
- ..Usted ha experimentado violencia doméstica.

Si su contrato de plan individual cubre a su cónyuge o dependientes, la ley de California requiere que dicho plan otorgue cobertura inmediata por accidente o enfermedad para recién nacidos y cualquier menor colocado con usted para adopción. (Lea las reglas del plan cuidadosamente, es posible que necesite llenar las formas de suscripción en menos de 30 días para continuar la cobertura.)

>>La Solicitud de Seguro Médico

- .. Se le pueden hacer preguntas sobre su salud e historial médico si las preguntas son razonables y necesarias para evaluar el riesgo de aseguramiento que representa su situación de salud. La aseguradora puede pedirle sus expedientes médicos.
- .. No se le puede preguntar si tiene VIH, y una aseguradora no le puede forzar a someterse a una prueba de detección de VIH. Pero una aseguradora puede preguntarle si usted ha recibido tratamiento médico para SIDA, complejo relacionado con el SIDA, o algún desorden del sistema inmune, y puede preguntarle si se encuentra tomando medicamentos relacionados con VIH.

>> Acceso Garantizado a un Plan de Salud Individual

Aunque las aseguradoras generalmente pueden negarse a vender un seguro médico debido a una enfermedad costosa, a usted se le garantiza acceso a un plan de salud individual (sin exclusión de enfermedades preexistentes) si:

- .. Usted ha tenido cobertura de salud durante un mínimo de 18 meses sin interrupción por 63 días o más en su cobertura;
- .. Su cobertura más reciente fue bajo un plan de salud de grupo (o un plan gubernamental o eclesiástico);
- .. Usted “eligió” y “agotó” la cobertura COBRA o Cal-COBRA o no fue elegible para COBRA o Cal-COBRA (vea las págs. 59–66 para mayor información sobre COBRA y Cal-COBRA);
- .. Usted actualmente no es elegible para cobertura bajo ningún plan de salud de grupo, Medicare, o Medi-Cal;
- .. Su cobertura más reciente no fue cancelada por fraude o por no haber pagado sus primas; y
- .. Usted no tiene ninguna otra cobertura de seguro médico.

Este derecho a un plan de salud individual para “personas elegibles” (quienes cumplen las condiciones arriba mencionadas) proviene de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La ley permite a las aseguradoras limitar su elección a dos planes (ya sea a los dos más populares o a los dos más representativos.)

Aunque la HIPAA no limita las primas para estos planes, la ley de California sí lo hace. Para personas elegibles, las primas no pueden exceder:

- .. Para los planes que ofrecen servicios por medio de un contrato con un proveedor preferido, la prima promedio pagada por un suscriptor al Programa de Seguro Médico de Riesgo Mayor (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP, vea las págs. 32–33) que sea de la misma edad y viva en la misma área geográfica que la persona elegible. Pero para personas elegibles entre las edades de 60 y 64 años inclusive, la prima no puede exceder la prima promedio pagada por un suscriptor de MRMIP que tenga 59 años de edad y viva en la misma área geográfica que la persona elegible.

.. Para los planes que no ofrecen servicios por medio de un contrato de proveedor preferido, el 170% de la prima estándar cobrada a una persona de la misma edad y que viva en la misma área geográfica que la persona elegible. Pero para personas elegibles entre las edades de 60 y 64 años inclusive, la prima no puede exceder el 170% de la prima estándar cobrada a una persona de 59 años que viva en la misma área geográfica que la persona elegible.

La prima puede ser ajustada de acuerdo al tamaño de la familia pero no puede exceder lo siguiente:

.. Para planes que ofrecen servicios por medio de un contrato con un proveedor preferido, el promedio de la tarifa MRMIP para familias del mismo tamaño que vivan en la misma área geográfica que la persona elegible.

.. Para planes que no ofrecen servicios por medio de un contrato de proveedor preferido, el 170% de la prima estándar cobrada a una familia del mismo tamaño que viva en la misma área geográfica.

Si usted no califica para un acceso garantizado bajo HIPAA, aún puede ser elegible para una póliza de conversión (vea las págs. 67–69).

Para mayor información sobre la HIPAA y la cobertura individual, contacte al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, www.hmohelp.ca.gov; 888-HMO-2219 [voz]; 877-688-9891 [TDD]). Recuerde, para conservar su derecho a un acceso garantizado a un plan de salud individual, debe “elegir” y “agotar” la cobertura COBRA o Cal-COBRA si está disponible para usted. Lea sobre COBRA y Cal-COBRA en las páginas 59–66.

>Programa de Seguro Médico de Riesgo Mayor (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP)

El MRMIP (pronunciado “Mr. Mip”) es un programa de seguro médico para Californianos que no pueden conseguir un seguro dentro de su presupuesto debido a enfermedades costosas. Con el MRMIP, usted y el estado comparten el pago de las primas. El MRMIP es caro y usualmente tiene una lista de espera, pero puede ser su mejor opción de seguro si usted no califica para beneficios públicos de salud.

Para acortar el tiempo que usted permanezca en la lista de espera, puede solicitar una suscripción diferida si en este momento no es elegible pero espera serlo pronto.

Para ser elegible para MRMIP, usted debe: (1) ser residente de California; (2) no ser elegible para la Parte A y Parte B de Medicare (a menos que la elegibilidad se base exclusivamente en Enfermedad Renal en Etapa Final); (3) no ser elegible para continuar con la cobertura del plan de salud en grupo bajo COBRA o Cal-COBRA; y (4) no poder obtener una cobertura de salud adecuada.

Usted puede mostrar que no puede obtener una cobertura adecuada de salud si, en el periodo de 12 meses previo a su solicitud: (1) se le negó cobertura individual; (2) su seguro médico fue involuntariamente terminado (pero no debido a fraude ni falta de pago de primas); (3) se le ofreció una prima para un plan de salud individual que era más alta de lo que usted tendría que pagar por MRMIP; o (4) usted es un “grupo de uno” (que no

incluye dependientes) a quien se le negó la cobertura en grupo (se le considera un grupo de uno si opera un negocio en el que usted es el único empleado). Su solicitud MRMIP debe incluir una copia de la carta que demuestra que usted cumple con una de estas cuatro condiciones.

La ley prohíbe que un patrón o aseguradora envíe a un empleado o dependiente de un empleado a un MRMIP con fines de separar al empleado o dependiente de la cobertura de salud de grupo provista en conexión con el trabajo del empleado.

<Beneficios de MRMIP y Limitaciones de Cobertura > Los planes de salud MRMIP ofrecen beneficios para servicios de hospital externos e internos, así como servicios médicos. Los planes varían, por lo que es conveniente enterarse de lo que cada uno de ellos cubre antes de elegir alguno. El límite máximo anual para la cobertura es de \$75,000; el límite máximo vitalicio es de \$750,000.

Si usted se suscribe a un plan PPO, las enfermedades preexistentes no son cubiertas durante los primeros 90 días. Con una HMO, existe un periodo de espera de 90 días en el que no se cubre ningún servicio de salud. Usted no tendrá el periodo de exclusión o espera si (1) estuvo en una lista de espera para MRMIP durante seis meses o más; (2) tuvo seguro médico cuando menos desde 90 días antes de solicitar el MRMIP o dentro de los 62 días previos a su solicitud (si tenía otro plan de salud durante un mínimo de 30 días pero menos de 90 días, el periodo de espera / exclusión es acortado pero no eliminado); o (3) tuvo cobertura por medio de un programa como MRMIP en otro estado en el último año.

<Copagos> Las HMOs de MRMIP tienen copagos fijos para algunos servicios y coseguro de hasta el 20% para otros. Las PPOs de MRMIP pueden requerir un copago fijo para algunos servicios y coseguro de hasta el 25% para otros. Para todos los planes MRMIP, los gastos de desembolso máximo para un año calendario son de \$2,500 dólares para una persona y \$4,000 por hogar.

<Cobertura para Dependientes> El MRMIP puede cubrir a un cónyuge o hijos dependientes. Usted debe notificar al MRMIP en un periodo no mayor de 30 días sobre los cambios en el número de dependientes. La cobertura de un recién nacido o de un hijo adoptado se inicia de inmediato; la cobertura de otros dependientes inicia en un periodo no mayor de 90 días a partir de la fecha de que usted notifique al MRMIP. Un hijo deja de ser dependiente si se casa o cumple 23 años, pero la cobertura para un hijo soltero de más de 23 años puede continuar si no puede mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad que se desarrolló antes de los 23 años de edad.

<Si Tiene Algún Desacuerdo con su Plan MRMIP > Primero siga las reglas del plan para resolver disputas. Luego, si la disputa es sobre cobertura, elegibilidad, o una decisión de darle de baja o transferirle a un plan diferente, presente una apelación frente a la Junta de Seguros Médicos de Riesgo Administrado (Managed Risk Medical Insurance Board).

Para obtener una solicitud o información sobre las apelaciones, contacte a la Junta de Seguros Médicos de Riesgo Administrado (Managed Risk Medical Insurance Board, 800-289-6574 [Inglés/Español]; 888-877-5378 [TTY]; 800-400-0815 [correo de voz]; www.mrmib.ca.gov).

>Ayuda Para Quienes Enferman y Ya No Pueden Pagar Sus Primas

Es posible que pueda obtener ayuda del Programa Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP, Health Insurance Premium Payment), un programa de Medi-Cal que paga las primas de seguros médicos cuando pagar las primas es más barato que cubrir todos los costos de la atención que necesita un participante de Medi-Cal. La cobertura privada de salud para la cual pagará las primas el HIPP incluye las pólizas complementarias de Medicare (vea las págs. 69–79) para personas con Medi-Cal.

<Calificar para el Programa HIPP > El programa Medi-Cal evaluará si usted debe estar en el programa HIPP. Para calificar para HIPP: (1) debe pertenecer a Medi-Cal; (2) su parte del costo de Medi-Cal, si la hay, debe ser de \$200 dólares o menos; (3) debe tener una condición médica costosa; (4) al momento de solicitar, debe tener una póliza de seguro médico, o póliza de conversión COBRA en vigor o disponible; (5) su póliza debe cubrir su condición médica costosa; (6) debe solicitar a tiempo para que el estado procese su solicitud y pague las primas; (7) su seguro no puede ser por medio de la Junta de Seguros Médicos de Riesgo Administrado de California (California Managed Risk Medical Insurance Board, la cual administra el MRMIP [vea las págs. 32–33], Healthy Families [vea las págs. 119–120], y AIM [vea la pág. 124]); (8) usted no puede estar en un plan de salud prepagado relacionado con Medi-Cal, un Programa de Iniciativa de Salud del Condado (County Health Initiative), Atención Administrada Geográfica (Geographic Managed Care), ni de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services). Solicite Medi-Cal (vea las págs. 107–108) si aún no lo tiene al enfermar y necesitar ayuda para pagar sus primas. Para informes sobre HIPP, llame al 800-952-5294.

<Límites Sobre lo Que Pagará el Programa HIPP> El programa no hará pagos que estén vencidos ni le reembolsará las primas que haya pagado antes de solicitar el HIPP. No puede pagar las primas de sus hijos si una corte ya ha ordenado que un padre o madre ausente las pague.

Recuerde, si tiene Medi-Cal, debe solicitar y conservar cualquier otro seguro que pueda tener sin costo. Si el estado empieza a pagar sus primas y usted se retira de su seguro médico privado sin la aprobación del Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services), puede perder todos sus beneficios de Medi-Cal. Deberá entregar cualquier dinero que obtenga de su aseguradora al Departamento de Servicios de Salud si pertenece al programa Medi-Cal. Para mayores informes sobre Medi-Cal, vea las págs. 98–114.

<Programa CARE/HIPP Para Personas Con VIH/SIDA> El Programa CARE/HIPP es parecido al HIPP, pero tiene algunos requerimientos de elegibilidad y beneficios distintos. CARE/HIPP le permite mantener su cobertura de seguro médico al hacer la transición a beneficios públicos de salud (incluyendo el Programa HIPP y Medicare), y le ayuda a mantener la continuidad de su atención. Para calificar, (1) sus ingresos no pueden exceder el 400% del nivel federal de pobreza (vea la pág. 83), (2) sus bienes (excluyendo una casa y un automóvil) no pueden tener un valor total mayor de \$6,000, (3) usted debe estar discapacitado e imposibilitado para trabajar tiempo completo debido a VIH/SIDA, (4) usted debe haber solicitado participar en un programa público o privado de discapacidad, como el Seguro Estatal por Discapacidad (State Disability Insurance) o Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplement Security Income), (5) usted no puede estar recibiendo ayuda del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, vea la pág. 118) para ningún medicamento recetado para pacientes externos que pueda ser cubierto por un seguro médico privado, y (6) debe tener cobertura privada de seguro médico que incluya cobertura de medicamentos recetados para pacientes externos y no excluya el tratamiento relacionado con VIH. Puede participar en CARE/HIPP por un máximo de 29 meses. Para mayores informes, llame a la Línea Telefónica de Ayuda sobre el SIDA en California (California AIDS Hotline, 800-367-AIDS [2437]).

>Su Derecho a Continuar Con Su Plan de Salud

Su plan no puede cancelar o rehusarse a renovar su cobertura debido a que usted enferme o quede discapacitado. A excepción de los seguros de duración limitada a corto plazo, usted tiene derecho a continuar con su plan, a menos que:

- ..No pague sus primas o aportaciones, o que pague con retraso;
- ..Cometa fraude o intencionalmente mienta sobre un hecho importante;
- ..Exista una causa justificada, según la definición del contrato del plan;
- ..Se mude fuera del área de servicio del plan;
- ..Finalice su membresía en la asociación por medio de la cual obtuvo la cobertura;
- ..La aseguradora deje de proporcionar servicios para nuevos planes (en cuyo caso a usted [o al patrón que celebre el contrato para el plan] se le debe notificar con 180 días de anticipación antes de discontinuar la cobertura); o
- ..La aseguradora retire un cierto plan de beneficios de salud del mercado (en cuyo caso a usted [o al patrón que celebre el contrato para el plan] se le debe notificar con 90 días de anticipación antes de discontinuar el plan, y la aseguradora debe poner a su disposición sus otros planes sin importar la experiencia de reclamaciones o factores relacionados con la salud).

Si usted cancela su póliza, pierde su derecho a renovarla.

>Condiciones Preexistentes

Durante un periodo de exclusión de condiciones preexistentes, un plan puede negarse a cubrir condiciones preexistentes pero debe cubrir servicios de salud que sean parte de los beneficios del plan y que sean para condiciones no relacionadas con una condición preexistente. Una “condición preexistente” es un problema de salud que usted tuviera antes de entrar al plan. La ley define este término más específicamente como cualquier condición de salud física o mental para la cual se recibió o recomendó asesoría, diagnóstico, atención o tratamiento médico (incluyendo medicamentos recetados) durante el “periodo de análisis”.

El “periodo de análisis” es el periodo máximo de tiempo que un plan puede examinar para buscar evidencia de una condición preexistente. El periodo de análisis son los seis meses inmediatamente antes de su suscripción (o el primer día de un periodo de espera) en un plan de grupo que cubra cuando menos a dos empleados actuales o un plan individual que cubra cuando menos a tres personas. Si, por ejemplo, usted tuvo cáncer hace años pero no ha visto a un médico al respecto cuando menos en seis meses, su plan no puede excluir cobertura para un tratamiento de cáncer necesario después de suscribirse. Pero si consultó a un médico para cualquier asunto relacionado con su cáncer (aún para asegurarse de que todavía estuviera en remisión) dentro del periodo de seis meses antes de su suscripción, entonces su cáncer es una condición preexistente para la cual se puede excluir la cobertura. El periodo de análisis puede ser hasta de un año si usted entra a un plan de grupo con un solo empleado actual o a un plan individual que cubre sólo a una o dos personas.

No confunda (1) la limitación del tiempo previo que un plan puede analizar para fines de aplicar una exclusión de condición preexistente, y (2) el tiempo previo que puede analizar para ver si usted ha tenido un problema de salud que justifique negarle su solicitud para un plan de salud individual. El periodo de análisis limita cuáles condiciones preexistentes pueden ser temporalmente excluidas de la cobertura una vez que usted esté suscrito al plan. Aunque un plan de grupo no puede excluirle debido a su situación de salud (vea la pág. 27), una aseguradora puede negarse a venderle un plan individual debido a un problema de salud costoso (vea la pág. 29) a menos que usted tenga acceso garantizado a un plan individual (vea las págs. 30–31).

>>Cuánto Tiempo Puede Aplicar una Exclusión para condición preexistente

Se le debe informar por escrito si su plan tiene una exclusión para condición preexistente. La exclusión puede durar hasta seis meses a partir de la fecha de suscripción para planes individuales y de grupo que cubran cuando menos a tres personas. Puede aplicar hasta por 12 meses si usted es parte de un plan autoasegurado o si tiene un plan individual o de grupo que cubre a una o dos personas. La fecha de suscripción es el primer día de cobertura pero si existe una espera antes de que la cobertura entre en vigor, es el primer día del periodo de espera.

Si usted es un “suscriptor demorado” (vea la pág. 28), el periodo de exclusión para la condición preexistente puede durar hasta 18 meses para los planes de grupo autofinanciados. Si usted se suscribe tarde para un plan de grupo que no sea autofinanciado, el plan puede excluirle de la cobertura por hasta 12 meses a partir de la

fecha en que solicite la cobertura; después de que el plan le suscriba, puede imponerle una exclusión para condiciones preexistentes de hasta seis meses.

Usted puede acortar o evitar el periodo de exclusión preexistente si tiene “cobertura acreditable” (ver más adelante). Si entra a un plan con una exclusión preexistente que le afectará, COBRA puede ayudarle a continuar su antigua cobertura hasta que el nuevo plan cubra su condición preexistente. Vea las págs. 59–66.

>>Cómo Ayuda la Ley

Muchas personas acostumbraban quedarse en sus empleos por miedo a que el plan de salud de un nuevo patrón no pudiera cubrir condiciones preexistentes. Con la HIPAA y otras leyes estatales relacionadas, existe mayor libertad para cambiar de empleo puesto que una exclusión para condiciones preexistentes sólo puede aplicarse por un tiempo limitado. Esto no significa que un nuevo empleo vendrá con los mismos beneficios de salud que usted tenía en su antiguo trabajo. La ley no exige que los patrones ofrezcan seguro médico, y los patrones tienen mucha libertad para decidir cuáles beneficios se ofrecen.

La HIPAA también ayuda a la gente a obtener y mantener el seguro médico por medio de planes de grupo al prohibir la exclusión de empleados y sus dependientes debido a su salud o discapacidad (vea la pág. 27). En algunos casos, la HIPAA garantiza acceso a un plan individual (vea las págs. 30–31).

>>Acortar el Periodo de Exclusión para Condiciones Preexistentes con Cobertura Acreditable

La “cobertura acreditable” (la cual incluye a la mayoría de los planes privados de salud y programas de beneficios públicos de salud) le da crédito por cobertura previa de salud y abrevia el periodo que un plan puede excluir cobertura para una condición preexistente. La cobertura acreditable le ayuda cuando usted se cambia de un plan de grupo a otro o de un grupo a un plan individual o de un plan individual o beneficios públicos de salud a un plan de grupo.

Usted demuestra cobertura acreditable a su nuevo plan con un “certificado de cobertura acreditable,” un documento de su(s) antiguo(s) plan(es) de salud que certifica la cobertura de salud que antes tenía. Con frecuencia, este certificado se obtiene automáticamente, pero es posible que tenga que pedirlo. Guarde el certificado en un lugar seguro; lo necesitará para entrar a un nuevo plan. Si pierde el certificado y no puede reemplazarlo, puede utilizar otros documentos (como comprobantes de pago mostrando una deducción por seguro médico, formas que expliquen sus antiguos beneficios, o la verificación de su médico indicando que usted tenía seguro) para demostrar cobertura acreditable.

La cobertura acreditable no incluye cobertura que haya tenido antes de una “interrupción significativa” en la cobertura de seguro médico. Usualmente esto es un periodo de 63 días o más sin cobertura. Pero bajo la ley de California, es una interrupción de más de 180 días si usted está entrando a un nuevo plan de grupo y su cobertura anterior de salud terminó por haber perdido su empleo o porque su patrón dejó de ofrecer o de contribuir a

sus beneficios de salud. Los días en un periodo de espera o afiliación en los que no tenga otra cobertura no son cobertura acreditable, pero no se cuentan como parte de una interrupción en la cobertura. Es posible que pueda evitar una interrupción significativa en la cobertura eligiendo la cobertura COBRA (vea las págs. 59–66) o comprando un plan individual de salud (vea la pág. 29). Puede sumar distintos periodos de cobertura si no están separados por una interrupción significativa.

Aún cuando no tenga una interrupción significativa en cobertura, al entrar a un plan de grupo autoasegurado, se puede aplicar una exclusión para condición preexistente para ciertos tipos de beneficios (salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental y/o atención a la vista) si su antiguo plan no incluía estos beneficios. Por ejemplo, si su antiguo plan no cubría medicamentos con receta, pero su nuevo plan autoasegurado sí los cubre, puede aplicar una exclusión para condición preexistente para el beneficio de medicamentos con receta.

Si un plan tiene una exclusión para condición preexistente, debe calcular su cobertura acreditable, notificarle cuánto tiempo aplicará la exclusión, explicarle cómo se llegó a esta decisión, e informarle sobre cualquier proceso de apelación disponible.

>Cuándo No Puede Aplicarse una Exclusión Para Condición Preexistente

Para planes de grupo, una exclusión para condición preexistente no puede aplicarse a:

- .. Una condición relacionada con la atención del embarazo o la maternidad;
- .. Un recién nacido, un hijo adoptado menor de 18 años de edad, o un hijo colocado para adopción antes de cumplir 18 años, si el hijo quedó cubierto por el plan a los 30 días o menos de su nacimiento, adopción o colocación para adopción, siempre y cuando el hijo no tenga una interrupción de cobertura de 63 días o más. (Bajo la ley de California, el plan de salud de grupo de un padre o madre [que no sea autoasegurado] que cubre a un cónyuge o dependientes debe otorgar cobertura inmediata por accidente o enfermedad para recién nacidos e hijos menores de edad que sean recién adoptados o colocados para adopción. El plan puede exigirle que llene formas de suscripción para el menor dentro de los primeros 30 días de esta cobertura, por lo que debe asegurarse de suscribir a su hijo a tiempo para evitar una exclusión para condición preexistente.)

>Beneficios Que Su Plan de Salud Debe Incluir

Siempre y cuando todos los empleados en situación similar sean tratados del mismo modo, los patrones usualmente pueden cambiar la mezcla de los beneficios de salud ofrecidos, aún cuando el cambio ocasione que la cobertura para usted sea peor que la anterior. Los patrones y las aseguradoras generalmente son libres de ofrecer distintos beneficios para diferentes condiciones o excluir toda la cobertura para ciertas condiciones o tratamientos. Por ejemplo, su plan puede poner límites máximos a los beneficios para el SIDA pero no para otras enfermedades. O puede excluir la cobertura para fertilización in-vitro o acupuntura. Pero la ley exige que los planes de salud incluyan ciertos beneficios. Más adelante aparecen ejemplos importantes. (Esta no es una lista completa de los beneficios que su plan puede necesitar incluir. Por ejemplo, no discute los

beneficios básicos, tales como los servicios de salud preventivos y de emergencia, que deben ser parte de un plan de HMO.)

>>>Todos los Planes de Salud de Grupo e Individuales Deben Incluir los Sigüientes Beneficios:

<Tratamiento para Cáncer de Mama y Cirugía Reconstructiva Después de una Mastectomía:> Si su plan cubre mastectomías, debe cubrir la cirugía reconstructiva relacionada tanto para el seno sometido a la mastectomía como para el otro seno (para crear una apariencia simétrica) y prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas durante cualquier etapa de la mastectomía (incluyendo linfedemas). Este derecho de cobertura proviene de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer para la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) para planes de grupo autofinanciados y otros planes de grupo, y la ley de California, la cual requiere que los planes individuales y de grupo (que no sean autofinanciados) cubran la detección, diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama.

<Estancias de Hospital Relacionadas con Nacimientos:> Los planes de salud generalmente no pueden limitar la cobertura para estancias de hospital para nacimientos a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. Usted y su médico pueden decidir si usted quiere salir antes, pero no se le puede presionar para hacerlo. Esta protección proviene de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Newborns' and Mothers' Health Protection Act) para planes de grupo, incluyendo planes autofinanciados y la ley estatal para planes individuales y planes de grupo no autofinanciados.

Bajo la ley de California, se le puede dar de alta antes de 48 o 96 horas después del nacimiento si su plan cubre una consulta de seguimiento posterior a ser dada de alta para usted y su bebé recién nacido máximo 48 horas después de haber sido dados de alta, cuando lo disponga su médico. Los médicos que la tratan deben consultar con usted antes de tomar la decisión de darla de alta. La consulta posterior a ser dada de alta es provista por un proveedor de servicios de salud autorizado cuya práctica incluya la atención post-parto y a recién nacidos. Esta consulta debe incluir educación para padres, ayuda y entrenamiento en alimentación con pecho o biberón, y cualquier evaluación física necesaria de la madre o el recién nacido. Su médico debe informarle sobre la disponibilidad de una consulta posterior a ser dada de alta. Usted y su doctor deben decidir si la consulta será en su domicilio o en un consultorio médico o institución del plan. Al tomar esta decisión, deben considerarse las necesidades de transporte de su familia, además de cualquier riesgo ambiental y social.

>>>Bajo la Ley de California, Los Planes de Salud de Grupos (Que No Sean Autoasegurados) También Deben Incluir los Sigüientes Beneficios:

<Atención Médica Mental:> Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario para niños y adultos con enfermedad mental severa y para niños con problemas emocionales serios. Los beneficios de atención médica mental (tales como servicios de paciente externo y medicamentos con receta) deben ser provistos de la misma manera que los beneficios para otras condiciones médicas (es decir, los mismos beneficios vitalicios máximos, copagos, deducibles).

<Diabetes:> Equipo e insumos para manejar y tratar la diabetes, aún cuando los artículos estén disponibles sin receta. Si el plan cubre medicamentos con receta, debe cubrir la insulina, glucagón, y otros medicamentos para la diabetes médicamente necesarios. Los planes deben cubrir la capacitación, educación y terapia de nutrición correspondientes para el automanejo de pacientes externos.

<Cirugía Reconstructiva:> Cirugía reconstructiva para corregir anomalías ocasionadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores, o enfermedad si la cirugía es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal.

<Detección de Cáncer:> Todas las pruebas de detección generalmente recomendadas; detección de cáncer de mama, diagnóstico y tratamiento; detección y diagnóstico de cáncer de próstata (incluyendo análisis de antígeno específico de próstata (PSA) y exámenes rectodigitales médicamente necesarios); y una prueba anual de detección de cáncer cervical si se sugiere que se la practique y su plan cubre el tratamiento de cáncer cervical.

<Osteoporosis:> Diagnóstico, tratamiento y manejo de la osteoporosis, incluyendo tecnologías adecuadas de medición de masa ósea.

<Costos de Anestesia y Hospital para Atención Dental:> Anestesia general y costos de hospital para procedimientos dentales practicados en un hospital debido a que su condición médica requiera de anestesia general para el procedimiento. Esta cobertura está disponible únicamente para (1) niños menores de 7 años, (2) personas con discapacidades de desarrollo, o (3) personas con condiciones de salud que hacen que la anestesia general sea médicamente necesaria.

<Análisis y Tratamiento de PKU:> Análisis y tratamiento (incluyendo el costo adicional de fórmulas y productos alimenticios especiales) de fenilketonuria (PKU), una enfermedad metabólica que ocasiona retraso mental y otros problemas si el tratamiento no inicia en la primera semana de la vida de un bebé.

<Si Su Plan Incluye Cobertura de Medicamentos Con Receta:> La ley de California requiere que los planes individuales y de grupo (no autoasegurados) que incluyen un beneficio de medicamentos con receta:

- .. No limiten o excluyan la cobertura de un medicamento sólo porque haya sido recetado para un uso distinto del aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, FDA), siempre y cuando (1) la FDA haya aprobado el medicamento, (2) su médico lo haya recetado para tratar una condición que amenaza la vida, y (3) haya sido reconocido como tratamiento para su condición.
- .. Cubran medicamentos recetados de manejo del dolor que sean médicamente necesarios para pacientes con enfermedades terminales.
- .. No limiten ni excluyan la cobertura para un medicamento que previamente se aprobó para su condición si (1) el doctor que receta sigue recetando el medicamento, (2) es adecuadamente recetado, y (3) es un tratamiento seguro y efectivo para su condición (pero se puede sustituir con un medicamento genérico y su doctor puede decidir que otro medicamento es adecuado).
- .. Tengan un procedimiento efectivo para que usted busque la aprobación oportuna de la cobertura de medicamentos de receta que no aparecen en formularios. (Un “formulario” es una lista de medicamentos de receta cubiertos por un plan.)
- .. Cubran una variedad de métodos de control de la natalidad aprobados por la FDA si el plan cubre medicamentos de receta para pacientes externos. (Ciertos empleados eclesiásticos pueden tener planes de grupo que excluyen la cobertura de control de la natalidad.)

Además de los beneficios obligatorios que aquí se discuten, un beneficio de cuidado de hospicio debe incluirse en planes de salud de grupo autorizados por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare, vea la pág. 48) y emitirse, enmendarse o renovarse después del 31 de Diciembre de 2002.

Recuerde, aún para los beneficios que debe incluir su plan, es posible que tenga que cubrir copagos, coseguro y deducibles, del mismo modo que lo hace para los otros beneficios de su plan. Puede ser necesario que demuestre que ciertos tratamientos son médicamente necesarios, y puede necesitar autorización previa (vea las págs. 14, 25).

>Acceso a Proveedores de Servicios de Salud

Muchos planes de salud imponen restricciones a su acceso a proveedores de servicios de salud. Las leyes estatales limitan hasta dónde pueden hacer esto las aseguradoras. Estas leyes rigen todos los planes, a excepción de aquellos que son autofinanciados (vea la pág. 28). Las páginas 41 a 45 discuten las protecciones de las leyes estatales que le ayudan a obtener opiniones y tratamiento médico de proveedores adecuados. A medida que lea sobre estas protecciones, recuerde que muchos planes requieren una autorización previa (vea la pág. 14) para ciertos servicios de salud, incluyendo consultas con especialistas y proveedores fuera de la red; obtenga estas aprobaciones por adelantado y por escrito para evitar un problema posterior.

Los planes de salud deben asegurarse de que usted pueda recibir atención médica dentro de un tiempo razonable y referencias adecuadas sin dificultad. Los planes también deben proporcionar “continuidad de atención,” lo cual significa que no habrá brechas importantes ni dañinas en su atención. El mantener la continuidad en el cuidado es importante cuando usted va a perder el acceso a un proveedor que se encuentra tratándole por una condición seria de salud. En algunos casos, por un tiempo limitado, podrá continuar recibiendo tratamiento de un proveedor que tenía antes de entrar al nuevo plan o de un proveedor con quien el plan ha terminado su contrato.

>>Elegir a un Doctor de Atención Primaria y Trabajar con El o Ella

Gran parte del tiempo trabajará con su doctor de atención primaria. Los doctores de atención primaria cuidan de sus necesidades de salud general y mantienen la continuidad de su cuidado. Proporcionan atención preventiva y primaria, atacan problemas psicosociales, y tratan la mayoría de los problemas de salud, incluyendo condiciones agudas y crónicas. También deciden cuándo usted necesita referencias para especialistas, quienes se dedican a tratar específicamente ciertas condiciones de salud, partes del cuerpo o grupos de pacientes dependiendo de la edad.

Su plan de salud debe permitirle elegir a cualquier médico de atención primaria que tenga contrato con el plan en el área de servicio en la que usted vive o trabaja. Se le puede asignar un médico si usted pide alguno que no esté disponible al suscribirse al plan, pero puede cambiar si no le gusta ese proveedor (siga las reglas del plan para cambiar de médico). Para sugerencias sobre cómo elegir a su doctor, vea las págs. 14–16.

Un ginecólogo-obstetra puede ser su médico de atención primaria siempre y cuando cumpla con los requerimientos de su plan para ser especialista con estatus de médico de atención primaria.

>>Acceso Directo a un Ginecólogo u Obstetra Sin Referencia

Su plan no puede forzarle a obtener aprobación previa para consultar a uno de sus obstetras, ginecólogos o médicos de práctica familiar que ofrecen servicios de ginecología y obstetricia. Su plan puede requerir que el doctor que proporciona su atención ginecológica / obstétrica informe a su médico de atención primaria sobre su condición, tratamiento y cualquier atención de seguimiento necesaria. Si su plan limita la cobertura para consultas con otros médicos a quienes tiene acceso directo, puede tener los mismos (pero no más estrictos) límites para sus consultas con el ginecólogo / obstetra.

>>Acceso a Especialistas

Muchos planes de salud le obligan a conseguir una referencia para consultar a especialistas. Con frecuencia necesitará llevar una referencia escrita a la cita con el especialista. Si su médico de atención primaria y el especialista que usted quiere ver están en el mismo plan pero en diferentes grupos médicos, su plan puede tener un procedimiento especial que usted necesitará seguir. Asegúrese de que el especialista esté en su plan y en el grupo médico correcto antes de concertar la cita.

>>Referencias Permanentes para Especialistas

Todo plan debe tener una manera de que usted obtenga una “referencia permanente” para un especialista o centro de atención especializada si usted tiene una condición o enfermedad que (1) requiera de atención médica especializada a lo largo de un periodo prolongado de tiempo y (2) presenta una amenaza para la vida, es degenerativa o discapacitante. Una “referencia permanente” le permite tener múltiples consultas con un especialista sin una nueva referencia para cada consulta.

Usted debe poder conseguir una referencia permanente si su médico de atención primaria, en conjunto con el especialista y el director médico del plan, decide que por su salud, usted requiere atención médica especializada. El plan tiene tres días hábiles para decidir sobre la referencia permanente una vez que reciba la solicitud de usted y su doctor de atención primaria, sus registros médicos y otra información relevante. Junto con la referencia permanente, puede recibir un plan de tratamiento. El plan de tratamiento puede limitar el número de consultas con el especialista, o el tiempo que están autorizadas las consultas, y puede requerir que el especialista presente reportes regulares a su doctor de atención primaria.

>>Acceso a un Especialista en SIDA/VIH

Las HMOs de California deben permitir que los miembros VIH-positivos obtengan referencias permanentes a un médico que se especialice en el tratamiento de VIH/SIDA.

>>Acceso a un Especialista Que No Pertenece a Su Plan

Su plan generalmente no tiene obligación de referirle a un especialista o centro de atención especializada que no trabaje para el plan o tenga contrato con el mismo a menos que el plan no tenga el tipo de especialista que usted necesita.

>>Sus Derechos Cuando Su Plan Termina el Contrato con Su Proveedor

Si su HMO va a dar por terminada su relación contractual con su doctor de atención primaria o su grupo médico, primero debe notificarle a usted con 30 días de anticipación e informarle sobre cómo seleccionar a un nuevo doctor.

Si está recibiendo tratamiento por una condición aguda, una condición crónica seria, un embarazo de alto riesgo o un embarazo que esté en su segundo o tercer trimestre, puede continuar atendiéndose con un proveedor con quien su plan vaya a terminar el contrato, pero primero debe preguntar al plan. Consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) de su plan (vea la pág. 26) o pregunte a un representante del plan sobre cómo obtener aprobación para que se cubra el tratamiento con un proveedor cuyo contrato se va a dar por terminado.

Si está recibiendo atención para una condición aguda o una condición crónica seria, el plan debe permitirle recibir los servicios de un proveedor cuyo contrato ha terminado por

un máximo de 90 días o más de ser necesario para una transferencia segura a otro proveedor. Si la atención es por embarazo, su plan debe permitirle ver al proveedor cuyo contrato ha terminado hasta los servicios posparto relacionados o por más tiempo de ser necesario para hacer un cambio seguro a otro proveedor. Sus responsabilidades regulares de copago, deducible y coseguro se aplicarán mientras un proveedor cuyo contrato ha terminado le atienda.

El plan no tiene que pagar por atención que continúa con un proveedor cuyo contrato ha terminado si: (1) el doctor voluntariamente abandonó el plan; (2) se rehúsa a seguir las reglas del plan que aplicaban antes de terminar el contrato; o (3) se le canceló o no se le renovó su contrato debido a un problema médico disciplinario, fraude u otra actividad delictiva.

>>Continuar Tratamiento con un Proveedor Que No Pertenece a Su Nuevo Plan de Grupo

Si usted tiene una condición aguda al momento de entrar a un nuevo plan de grupo, es posible que pueda temporalmente continuar viendo a su actual doctor. Su plan debe tener una política por escrito para manejar las solicitudes de continuar la atención con un proveedor fuera de la red, y debe informarle sobre esta política al momento de suscribirse para evitar que existan interrupciones en su atención. El plan debe considerar el efecto que tendrá sobre su tratamiento el hecho de cambiar de doctor. Esta protección no está disponible si usted tiene una opción fuera de la red o si tuvo la opción de continuar con su anterior plan de salud o proveedor y en lugar de ello eligió hacer un cambio. El plan puede requerir que su actual doctor siga las reglas que aplican a los doctores del plan.

>>Obtener una Segunda Opinión

Algunos planes requieren que usted obtenga autorización para segundas opiniones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) de su plan (vea la pág. 26) debe describir la manera en que usted puede obtener una segunda opinión médica. Al solicitarlo usted o un proveedor de servicios de salud del plan que le esté tratando, el plan debe proporcionarle o autorizar una segunda opinión por un profesional en atención médica debidamente capacitado. Las razones por las cuales un plan debe proporcionar o autorizar una segunda opinión incluyen de manera enunciativa, mas no limitativa, las siguientes:

- ..Usted cuestiona si una cirugía recomendada es razonable o necesaria;
- ..Usted cuestiona un diagnóstico o plan de atención para una condición que podría costarle la vida, una extremidad o una función corporal, o que podría ocasionarle un impedimento mayor;
- ..Las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, el diagnóstico es dudoso debido a resultados de análisis que se contradicen, o el doctor que le atiende no puede hacer un diagnóstico;
- ..Su tratamiento actual no está mejorando su salud dentro de un tiempo adecuado dado el diagnóstico y plan de atención; o

Usted trató de seguir el plan de atención o consultó al doctor inicial respecto a preocupaciones serias referentes al diagnóstico o plan de atención.

Las segundas opiniones provienen de médicos de atención primaria o especialistas con capacitación y experiencia relacionadas con la condición para la cual necesita una segunda opinión. Los planes pueden limitar cuáles médicos puede consultar para obtener una segunda opinión. Si tiene que ver con la atención de un doctor de atención primaria, usted obtiene la segunda opinión del médico que usted elija dentro de la misma organización de médicos. Sin la aprobación del plan, usted es responsable de los costos de una segunda opinión fuera de la organización del médico original. Si la segunda opinión tiene que ver con la atención de un especialista, usted elige a un doctor (con la misma especialidad o una equivalente) de cualquier práctica independiente, asociación, o grupo médico dentro de la red del plan. Si la red del plan no incluye a un proveedor con la capacidad adecuada, el plan debe permitirle consultar a un doctor fuera de la red. Al considerar su solicitud de una segunda opinión, el plan debe tener en cuenta su capacidad de traslado. Si el plan aprueba la solicitud de una segunda opinión, usted debe ser responsable únicamente de los pagos requeridos para referencias similares.

Su plan debe responder lo más rápido posible a una solicitud de una segunda opinión. Si su condición es una amenaza seria para su salud (incluyendo el riesgo de perder una extremidad o una función corporal importante) o si tener que esperar haría más difícil para usted el recuperar su función máxima, debe recibir una respuesta tan rápido como sea apropiado en su condición (no más de 72 horas después de su solicitud). Si rechaza su solicitud, su plan debe darle razones por escrito para dicho rechazo e informarle sobre su derecho a presentar una queja (vea las págs. 48–50). El plan debe requerir que el doctor que proporciona la segunda opinión le entregue a usted y al primer doctor un reporte, incluyendo cualquier procedimiento o análisis que recomiende.

>>No Se Le Puede Separar para Atención Reducida

Los planes de atención administrada pueden utilizar programas de incentivos para alentar a los médicos a recortar costos. Un método común es dar a los doctores un pago fijo por paciente (“capitación”) que no cambia aún cuando ciertos pacientes necesiten de atención costosa. Pero es ilegal que un plan use un programa de incentivos que incluya un pago para alentar a un doctor a negar, reducir, limitar o demorar servicios específicos, médicamente necesarios y adecuados para una persona o grupo de personas específico con condiciones médicas similares. A usted no se le puede forzar a experimentar un tratamiento demorado y/o inferior por discapacidad, y un proveedor médico o una aseguradora no pueden someter a los discapacitados a un tratamiento discriminatorio en un esfuerzo por obligar a los pacientes de costos más altos a retirarse.

>Presentar Reclamaciones de Beneficios de Salud y Objetar Rechazos de Cobertura

Su plan de salud debe proporcionar materiales informativos (tales como Contratos de Pólizas, Evidencia de Cobertura, o Guía de Miembros) informándole sobre lo que debe hacerse para que el plan pague por su atención. Si su cobertura de salud es por medio de un patrón, debe recibir un Resumen de Descripción del Plan (vea la pág. 26) explicando

cómo funciona el plan, cuáles beneficios se cubren, cómo se obtienen o se pierden los beneficios, y cuáles son sus derechos bajo una ley federal llamada ERISA (ver más adelante). Cada plan puede tener un procedimiento diferente para presentar una reclamación; algunos planes pueden hacer que usted pague la cuenta para luego reembolsarle mientras que otros pagarán al proveedor directamente. (Si usted tiene una HMO, un proveedor de la red no debe cobrarle a usted directamente por servicios prestados como beneficio. Si le entregan una cuenta de este tipo, informe a su HMO y al Departamento de Atención Médica Administrada.) Ya sea que su plan sea por medio de un patrón o no, siempre tenga cuidado de seguir todas las reglas del plan para que se cubra su atención.

Como se explica más adelante, algunos planes de salud sólo se rigen por ERISA, algunos se rigen únicamente por la ley estatal, y algunos se rigen tanto por ERISA como por algunas leyes estatales.

>>Cuáles Leyes Le Protegen

ERISA, la Ley de Seguridad de Ingresos Durante el Retiro de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act) aplica a la mayoría de los planes de beneficios de salud y discapacidad que son establecidos o mantenidos por patrones privados (u organizaciones patronales tales como los sindicatos) para ofrecer atención médica, quirúrgica, hospitalaria, por enfermedad, accidente, discapacidad o beneficios similares para empleados y otros beneficiarios. (Si el patrón tiene una conexión mínima con el plan y no paga parte alguna de las primas, ERISA puede no aplicar.) ERISA no aplica a planes de salud por medio de un patrón gubernamental o eclesiástico o aquellos planes no conectados con el empleo. Usted no está cubierto por ERISA si trabaja por cuenta propia o si es socio en una sociedad profesional, a menos que usted sea patrón y su plan incluya a sus empleados.

Los planes de grupo autofinanciados (vea la pág. 28) se rigen exclusivamente por ERISA; no están sujetos a las leyes de seguros de California. Si su cobertura de salud es por medio de un plan autofinanciado, ERISA es la única fuente de sus derechos y recursos. Si su plan de salud es por medio de un empleo y no es autofinanciado, usted está protegido por ERISA, pero también puede aprovechar muchas de las leyes de seguros de California, aunque no necesariamente todas. Si su cobertura no es por medio de un empleo, las leyes de California aplican, no ERISA.

Las leyes de California son mejores para los consumidores, así que debe aprovecharlas cuando pueda. Si su plan es cubierto por ERISA, sin embargo, asegúrese de seguir las reglas de ERISA y del plan, aún cuando también use los recursos ofrecidos por la ley estatal. ERISA a veces tiene preferencia (“precede”) sobre las leyes estatales, dejándole sin su protección, por lo que es aconsejable asegurarse de seguir las reglas de ERISA y del plan en caso de que no haya otra protección disponible para usted. Esta es un área complicada de la ley. Aunque este manual presenta una introducción a la ley, no puede decirle todo lo que hay que saber y no hay nada mejor que la asesoría de un abogado que conozca ERISA.

A continuación aparece un resumen de la manera en que se manejan las reclamaciones y apelaciones bajo ERISA. Un resumen de las protecciones de la ley estatal sigue a la discusión sobre ERISA.

>>Revisiones de Quejas, Apelaciones y Demandas Bajo la Ley Federal (ERISA)

>>>Reglas de ERISA para Reclamaciones y Demandas

ERISA requiere que los planes emitan una resolución referente a una reclamación inicial de beneficios en un periodo no mayor a 90 días. Si necesita más tiempo, el plan puede tomar otros 90 días (para un total de 180 días), pero primero debe informarle a usted por qué necesita más tiempo y cuándo espera una decisión final. Si no recibe la decisión del plan dentro de los 90 días (o 180 días, si el plan le informó que necesitaba más tiempo), usted puede asumir que su reclamación se rechazó y puede apelar. Nuevas reglas aplican a las reclamaciones presentadas después del 31 de Diciembre de 2001. Para estas reclamaciones, los planes de ERISA deben responder (1) lo más rápido posible (en un máximo de 72 horas) a las reclamaciones para atención requerida con urgencia; (2) en un máximo de 15 días a reclamaciones para aprobación previa de beneficios; y (3) en un máximo de 30 días a reclamaciones de reembolso por atención que usted ya recibió.

Si el plan rechaza su reclamación, debe darle una explicación por escrito con las razones específicas del rechazo, provisiones específicas del plan que sean la base del rechazo, y cualquier información adicional necesaria para su reclamación. El plan además debe informarle de que usted puede ejercitar su derecho a apelar, que es la “revisión completa y justa” del rechazo por el administrador del plan. Usualmente usted tiene 60 días para apelar (el plan puede darle más tiempo). Deberá seguir las instrucciones del plan para presentar su apelación. Incluya la información requerida y cualquier otra información que ayude a su reclamación. Para reclamaciones presentadas después del 31 de Diciembre de 2001, las nuevas reglas permiten 180 días para presentar una apelación. La mayoría de los planes no incluyen una audiencia como parte del proceso de apelación.

El plan debe resolver su apelación en un periodo no mayor a 60 días. Bajo circunstancias especiales, se le puede informar por escrito de que el plan necesita hasta 60 días más. (Una decisión puede tomar más de 120 días si la revisión es hecha por un comité o junta directiva que se reúne cuando menos una vez cada tres meses.) Para reclamaciones presentadas después del 31 de Diciembre de 2001, las nuevas reglas requieren una respuesta más rápida a las apelaciones: 72 horas para apelaciones sobre atención requerida con urgencia, 30 días para apelaciones sobre reclamaciones para aprobación previa de atención, y 60 días para reclamaciones para reembolso por atención que ya se prestó. Usted tiene derecho a una explicación clara y completa por escrito de la decisión final sobre su apelación. Si no obtiene una decisión dentro del tiempo permitido para la revisión, suponga que su reclamación ha sido rechazada.

>>>Demandar Bajo ERISA

Si usted ha “agotado” sus apelaciones por medio del plan (ha utilizado por completo las oportunidades del plan para revisión interna y/o apelación administrativa de la decisión que usted está objetando) y aún no concuerda con el rechazo de su reclamación, puede presentar una demanda. Una corte puede negarse a considerar los méritos de su caso si no ha agotado primero los recursos de revisión interna / apelación administrativa disponibles por medio del plan. Si su reclamación es por tratamiento que necesitará antes de poder satisfacer el requerimiento de agotamiento, pida por escrito que el plan haga una revisión más rápida; entonces posiblemente podrá presentar una demanda buscando una resolución de emergencia mientras sigue trabajando con los procedimientos de apelación por medio del plan.

ERISA le permite recuperar únicamente el costo del tratamiento y posiblemente los honorarios de su abogado. A menos que su plan sea autofinanciado, también puede demandar bajo la ley de California (vea las págs. 55–56) si cumple con los requerimientos que se describen a continuación. Debido a que la ley es muy complicada, es buena idea obtener ayuda de un abogado u otro defensor. Su tiempo para presentar una demanda es limitado.

Si está considerando una demanda, pida a su plan todos los documentos e información relacionada con su reclamación; el plan tiene 30 días para responder a su solicitud. Guarde copias de toda la correspondencia entre usted y el plan y documente todas las conversaciones con los representantes del plan. Manténgase en contacto con sus proveedores de servicios de salud; sus médicos y centros de tratamiento pueden ayudarle a demostrar que su atención debería haber sido cubierta. La evidencia de que el tratamiento en cuestión es efectivo, que el plan lo ha cubierto en el pasado, y/o que otros planes lo cubren también puede ser útil. Una revisión de la corte con toda probabilidad se limitará a la información que el administrador del plan tenía en el momento en que rechazó su reclamación de beneficios, por lo que es importante reunir los elementos que apoyan su caso desde el principio y dejar claro por qué el plan debería cubrir su tratamiento.

>>>Ayuda con ERISA

Al presentar una reclamación, apelación o demanda, obtenga ayuda si puede hacerlo. Su patrón puede tener a alguna persona responsable de ayudarle a trabajar con el plan. Para mayor información sobre ERISA y orientación para la presentación de una apelación, visite www.patientadvocate.org o www.harp.org o el Departamento de Administración de la Pensión Laboral y Beneficios de Bienestar de Estados Unidos (U.S. Department of Labor’s Pension and Welfare Benefits Administration, www.dol.gov/dol/pwba; 415-975-4600 [oficina regional de San Francisco]; 626-583-7862 [oficina regional de Los Angeles]; 800-326-2577 [TDD]). Para otras fuentes de asistencia técnica y/o referencias para asistencia legal gratuita o de bajo costo, vea las págs. 57–58.

>>Revisiones de Reclamaciones, Quejas, Revisiones Médicas Independientes y Demandas Bajo la Ley de California

>>>Revisiones de Reclamaciones

<¿Quién Decide?> La decisión sobre si su plan va a pagar por su atención no siempre depende de su doctor. Muchos planes usan un proceso llamado “revisión de utilización” para determinar si el tratamiento debe ser aprobado, demorado, modificado, o negado dependiendo de un juicio sobre la necesidad médica. La ley estatal requiere que estos planes tengan políticas y procedimientos que aseguren que estas decisiones sean hechas exclusivamente por profesionales de atención médica autorizados que se guíen por principios clínicos sólidos (no por preocupaciones fiscales o administrativas). El plan puede pedirle más información si se necesita para determinar necesidad médica. Si su doctor ya le ha dado tratamiento autorizado por el plan, el plan no puede revocar o modificar su autorización.

<Tiempo de Respuesta > Los planes (a excepción de los autofinanciados) deben responder a una reclamación dentro del tiempo que sea razonable para la situación: generalmente cinco días, pero en un máximo de 72 horas o menos si se trata de una amenaza seria para su salud o si un doctor pide que se autorice la cobertura para un paciente terminalmente enfermo. El plan puede tardar hasta 30 días (o 45 días si se trata de una HMO) para tomar una decisión sobre atención que usted ya recibió.

Si el plan modifica, demora o rechaza el servicio de salud solicitado, debe proporcionarle una explicación por escrito de sus razones, cualquier información adicional que el plan necesite, e información sobre la manera en que usted puede objetar la decisión. Si la razón del rechazo es que usted está buscando un beneficio no cubierto, el plan debe indicarle la parte específica de la póliza que excluye la cobertura de la atención en cuestión.

>>>Quejas

<Su Derecho a Presentar una Queja Con su Plan > Cada plan que está autorizado por el Departamento de Atención Médica Administrada (Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) (todas las HMOs y algunos planes que no son de HMO de la Blue Cross y Blue Shield) deben tener un sistema para recibir “quejas” y responder a ellas. Las quejas son apelaciones y otras inconformidades serias que son manejadas por medio de un proceso formal. Su plan debe informarle sobre este proceso de quejas al momento de suscribirse y una vez por año posteriormente. Esta notificación debe incluir los números telefónicos para el plan y el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare). Si su plan no cumple con esta obligación de tener un sistema de quejas, puede enfrentar multas.

Se puede presentar una queja para un rango de asuntos que afectan la calidad de su atención, tales como dificultades para obtener referencias con un especialista, esperar mucho tiempo para ver a un doctor u obtener aprobación de atención, o sentirse descontento con la manera en que le tratan. Una razón común para una queja es la

decisión de un plan de negar, modificar o demorar los servicios de atención médica o de negarse a pagar por servicios que usted ya recibió. En respuesta a este tipo de queja, el plan debe describir cómo llegó a su decisión, incluyendo todos los criterios y razones clínicas relacionadas con necesidad médica y cualquier provisión específica del plan que, en opinión del plan, excluían la cobertura.

El plan debe resolver su queja en un periodo no mayor de 30 días. Si su caso involucra una amenaza inminente y seria a su salud, el plan debe hacer una revisión más rápida (“agilizada”). Cuando el plan recibe notificación de que un caso requiere de una revisión agilizada, debe informarle inmediatamente a usted por escrito sobre su derecho de notificar al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) (DMHC) sobre la queja. En un máximo de tres días tras recibir una queja que necesita de revisión agilizada, el plan debe entregarle a usted y al DMHC una declaración por escrito del estado pendiente o resolución de su queja.

<Su Derecho a Que Su Queja Sea Revisada por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare)> Tras completar el proceso de quejas del plan o participar en él durante un mínimo de 30 días, puede presentar su queja para revisión ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Si existe una amenaza inminente y seria a su salud (tal como un dolor severo o la potencial pérdida de la vida, una extremidad o una importante función corporal), no tiene que terminar el proceso de quejas del plan o participar en él durante 30 días. Si su plan requiere que usted someta a arbitraje las disputas (vea la pág. 56), usted puede presentar su queja frente al DMHC antes del arbitraje.

Su derecho a usar el proceso de revisión de quejas ofrecido por su plan y el DMHC existe además de cualquier otro procedimiento que esté disponible para ayudarle a resolver la disputa. Mientras que se encuentra completando el proceso de quejas, puede seguir otros recursos legales.

Su proveedor de servicios de salud puede unirse a usted para presentar su queja al DMHC. (Un padre u otro familiar o tutor puede presentar la queja a nombre de un menor o de alguien que esté imposibilitado o sea incompetente.) La “Forma de Quejas del Consumidor” (Consumer Complaint Form) para enviar quejas al DMHC puede encontrarse en www.dmhc.ca.gov. Si su queja se basa en una disputa sobre la necesidad médica de un servicio de salud cubierto, puede pedir una revisión médica independiente de la decisión del plan (vea las págs. 50–54).

El DMHC incluye una Oficina Defensora de Pacientes (Office of Patient Advocate) que representa los intereses de las personas suscritas en las HMOs. Esta oficina puede ayudarle a ejercitar sus derechos y a cumplir con los trámites de los procedimientos de quejas del plan y del DMHC.

<Cómo Maneja el DMHC las Quejas> El DMHC revisará los materiales que usted presente con su queja. Siempre solicita expedientes médicos del plan. El DMHC puede pedir información adicional o llevar a cabo una junta informal con todas las partes involucradas, incluyendo a su doctor si éste se le unió al presentar la queja. Envíe al

DMHC cualquier información que pueda ayudar con su queja. Si el DMHC decide que su queja califica para el Sistema de Revisión Médica Independiente (descrito más adelante), debe notificarle a usted de inmediato. Si solicita asistencia, el DMHC le ayudará a participar en el Sistema de Revisión Médica Independiente.

<Decisiones del DMHC > El DMHC debe entregarle a usted y al plan una decisión por escrito sobre su queja a más tardar en 30 días (a menos que se requiera de más tiempo para una revisión completa y justa) o menos si existe una amenaza seria a su salud. Si su queja no es elegible para el Sistema de Revisión Médica Independiente, la decisión por escrito del DMHC debe incluir:

- .. Un resumen de sus conclusiones y las razones por las que determinó que el plan se apegaba o no a la ley;
- .. Una explicación de cualquier apoyo en proveedores médicos o expertos independientes y un resumen de sus opiniones y capacidad; y
- .. Si el DMHC le da la razón a usted, información sobre cualquier acción tomada para corregir el problema.

Si el DMHC determina que su plan demoró, rechazó o modificó un servicio de atención médica que es tanto médicamente necesario como un beneficio cubierto, la decisión por escrito del DMHC también deberá:

- .. Ordenar que el plan le ofrezca y proporcione a usted con prontitud dichos servicios de atención médica; u
- .. Ordenar al plan que le reembolse con prontitud cualquier costo razonable por atención urgente o de emergencia u otra atención extraordinaria y necesaria si el DMHC determina que su decisión de buscar dichos servicios fuera de la red del plan fue razonable bajo las circunstancias.

El plan debe cumplir con la orden del DMHC.

>>>Sistema de Revisión Médica Independiente

El Sistema de Revisión Médica Independiente maneja las disputas relacionadas con necesidad médica (no las disputas sobre si un servicio de salud es un beneficio cubierto por el plan). También maneja los casos que involucran tratamientos considerados experimentales o de investigación (vea las págs. 53–54). No hay costo para el paciente. Las revisiones médicas independientes están disponibles si su plan es regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) o el Departamento de Seguros (Department of Insurance).

Por medio de este sistema, los profesionales médicos elegidos por una organización de revisión independiente deciden si los servicios de salud en disputa son médicamente necesarios. Estos profesionales médicos deben ser totalmente independientes del plan para que no exista conflicto de intereses.

Los peritos médicos independientes deben basar su decisión en las necesidades médicas específicas que usted tenga. Además de sus expedientes médicos y reportes de proveedores, los peritos independientes pueden considerar evidencia científica y médica relevante revisada por colegas respecto a la efectividad del servicio en disputa, normas profesionales reconocidas nacionalmente, opiniones expertas, normas generalmente aceptadas para la práctica de la medicina, y tratamientos que tienen posibilidades de mejorar una condición que no se ha beneficiado de otros tratamientos.

<Obligación del Plan de Ofrecer una Oportunidad de Revisión Independiente> Siempre que un plan (o uno de sus proveedores contratados) rechace, demore o modifique un servicio de atención médica basándose completa o parcialmente en la conclusión de que un servicio no es médicamente necesario, el plan debe proporcionar una oportunidad para una revisión médica independiente. (Es poco probable que este requerimiento se aplique a planes autofinanciados.)

Cuando el plan toma una decisión en relación con una queja que objeta el rechazo, modificación o demora de un servicio de salud, debe entregarle a usted una forma de solicitud de una página que usted puede regresar para iniciar el proceso de revisión independiente. La forma debe incluir:

- .. Un aviso de que usted puede renunciar a su derecho de demandar al plan bajo la ley estatal si no participa en el proceso de revisión médica independiente;
- .. Una declaración, a ser firmada por usted, indicando su consentimiento para que se revisen los expedientes médicos necesarios;
- .. Aviso de su derecho a proporcionar información o documentación que usted o su médico tenga respecto a (1) una recomendación de un proveedor de que el servicio de salud en disputa es médicamente necesario, (2) apoyo médico de que un servicio de salud proporcionado como atención urgente o emergencia era médicamente necesario, (3) cualquier otra información relevante que apoye su posición.

<Usted Califica para el Sistema de Revisión Médica Independiente Si:>

- .. Su proveedor ha recomendado un servicio de atención médica como médicamente necesario o usted ha recibido atención urgente o servicios de emergencia que un proveedor determinó que eran médicamente necesarios o, sin una recomendación de un proveedor o sin recibir atención urgente / de emergencia, usted ha sido atendido por un proveedor del plan para el diagnóstico o tratamiento de la condición médica para la que busca revisión independiente (el proveedor del plan no tiene que recomendar el servicio de salud en disputa para que usted sea elegible para una revisión independiente).
- .. El servicio de salud que usted busca es un beneficio bajo el plan (el servicio de salud solicitado es elegible para cobertura y pago bajo el contrato del plan);
- .. El servicio médico solicitado fue negado, modificado o demorado, basándose completa o parcialmente en una decisión de que el servicio de salud no es médicamente necesario;

- .. La decisión de negar, modificar o demorar fue tomada por el plan o una parte con la que tiene contrato; y
- .. Usted presentó una queja ante el plan (o su proveedor contratante) y éste sostuvo la decisión o no resolvió la queja en 30 días.

Usted no tiene que participar en el proceso de quejas del plan por más de 30 días. Si existe una amenaza seria e inminente a su salud, no tiene que participar en él más de tres días. El DMHC puede renunciar al requerimiento de que usted siga el proceso de quejas del plan en casos extraordinarios y urgentes, en los que el director del DMHC determine que usted actuó de manera razonable, y que existe una amenaza inminente y seria para su salud. No cuente con que se le excuse de seguir el proceso de quejas del plan; haga todos los esfuerzos necesarios por presentar una queja ante el plan.

Las disputas relacionadas con medicamentos (genéricos vs. marca, formularios vs. no formularios) pueden calificar para una revisión médica independiente si su doctor dice que el medicamento es médicamente necesario. Una disputa sobre el uso no indicado en la etiqueta de un medicamento también puede calificar si su doctor está a favor de su solicitud.

El DMHC le notificará si califica para una revisión médica independiente. De no ser así, aún puede utilizar el sistema general de quejas del DMHC (ver arriba).

<Cuánto Tiempo Tiene para Pedir una Revisión Independiente > Debe pedir una revisión médica independiente en un periodo no mayor de seis meses a partir de:

- .. Que un proveedor de servicios de salud le recomiende un tratamiento médicamente necesario o de recibir el tratamiento que un proveedor recomendó como médicamente necesario;
- .. La decisión de un plan de rechazar, demorar o modificar un servicio de salud, basándose completa o parcialmente en su creencia de que el servicio no es médicamente necesario; o
- .. La decisión de un plan de salud respecto a su queja (si sostiene su decisión anterior), o el 30vo. día después de haber presentado su queja (si el plan no emitió una decisión dentro de ese tiempo).

El DMHC puede extender la fecha límite si decide que hay circunstancias especiales que justifiquen una prórroga. No cuente con obtener tiempo adicional para buscar una revisión independiente; haga su solicitud por escrito y a tiempo.

<Documentos para la Revisión Independiente > Para el proceso de revisión independiente, su plan debe presentar expedientes médicos relevantes y actualizados, información que se le haya enviado a usted sobre la decisión del plan, cualquier documento o información relevante que el plan haya utilizado para decidir si proporcionaría el servicio de salud solicitado, y las razones para su decisión (usted puede solicitar copias de cualquier documento que el plan presente). También puede enviar información para la revisión independiente, incluyendo la recomendación de un doctor de

que el servicio de salud es médicamente necesario y cualquier otra información que apoye su posición.

Su doctor puede unirse a usted o ayudarle de alguna otra forma para buscar una revisión médica independiente y puede abogar por su causa. El proceso de revisión médica independiente existe además de cualquier otro procedimiento o recurso que pueda estar disponible para usted.

<Cuánto Tiempo Tienen los Peritos Para Decidir > La organización de revisión médica independiente debe completar su revisión y emitir una decisión por escrito (con las razones que la sustentan) en un plazo no mayor de 30 días tras recibir la solicitud de revisión y los documentos de apoyo. Si el servicio de salud que se disputa no ha sido proporcionado y su doctor o el DMHC certifica que puede haber una amenaza inminente y seria a su salud, los peritos independientes deben tomar una decisión en un máximo de tres días. (Si usted lo solicita, en vez de su doctor, el DMHC decidirá si se le debe dar una revisión agilizada.) Estos plazos pueden ampliarse por hasta tres días en algunos casos.

<Efecto de la Decisión de los Peritos> El DMHC adoptará la decisión de los peritos médicos independientes y emitirá a la brevedad una decisión por escrito que el plan deberá acatar.

Si la decisión es que el servicio de salud disputado es médicamente necesario, el plan debe inmediatamente contactarse con usted y ofrecerle proporcionar dicho servicio. Si la decisión de necesidad médica es sobre servicios de salud que ya fueron prestados en una situación de emergencia, el plan debe reembolsarle con prontitud cualquier costo razonable asociado con dichos servicios.

Aunque la determinación de los peritos independientes de necesidad médica adoptada por el DMHC deberá ser acatada por el plan, este pudiera no ser el último paso para que se cubra la atención. Si existe otra base para el rechazo (por ejemplo que no es un beneficio cubierto), usted tendrá que resolver esa disputa también.

>>>Sus Derechos si su Plan Se Niega a Cubrir el Tratamiento por Determinar que es Experimental o Investigativo

<Su Derecho a una Revisión Médica Independiente> Usted puede hacer que su solicitud de tratamiento sea revisada por el Sistema de Revisión Médica Independiente si:

- .. Tiene una condición que amenaza la vida o es seriamente debilitante;
- .. Su doctor le da una declaración sobre la seriedad de su enfermedad y certifica que los tratamientos estándar cubiertos por el plan no han sido efectivos y no son médicamente adecuados para usted;
- .. Su doctor es un proveedor de la red y recomienda un medicamento, dispositivo, procedimiento u otra terapia que según su certificación por escrito tiene posibilidades de

ser mejor para usted que cualquier terapia estándar disponible o usted o un doctor certificado por la junta médica o elegible para la junta médica calificado para tratar su condición solicita una terapia que, basándose en dos documentos de evidencia médica y científica, tiene posibilidades de beneficiarle a usted más que cualquier terapia estándar disponible (la certificación del médico debe indicar en qué evidencia se basó para hacer su recomendación);

- .. El plan le ha negado el medicamento, dispositivo, procedimiento o terapia recomendada; y
- .. La terapia recomendada sería un servicio de salud cubierto si no fuera por la determinación del plan de que se trata de una experimental o investigativa.

Si estas cinco condiciones aplican, en un plazo no mayor de cinco días de su decisión de negar la cobertura, su plan debe notificarle por escrito de que usted califica para una revisión independiente externa. Si su doctor concluye que para obtener el beneficio del tratamiento, usted debe practicárselo de inmediato, los peritos médicos independientes deben hacer una recomendación en un plazo no mayor a siete días a partir de la solicitud para una revisión agilizada (en circunstancias limitadas, el plazo puede ampliarse hasta tres días). Este derecho a una revisión médica independiente aplica si usted está en un plan regulado ya sea por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) o el Departamento de Seguros (Department of Insurance). No necesita terminar el proceso de quejas de su plan antes de presentar una solicitud de revisión médica independiente si se le negó el tratamiento como experimental o investigativo.

<Su Derecho a una Conferencia > Si su plan se niega a cubrir el tratamiento recomendado por un proveedor participante en el plan por ser “experimental” o “investigativo” y usted tiene una enfermedad terminal (una condición incurable o irreversible con una alta probabilidad de ocasionar la muerte en un año o menos), el plan debe proporcionar lo siguiente en un plazo máximo de cinco días:

- .. Una declaración dando las razones médicas y científicas específicas para negar la cobertura;
- .. Una descripción de cualquier alternativa de tratamiento, servicios o insumos que el plan cubrirá;
- .. Copias de los procedimientos de quejas del plan o forma de quejas o ambos. La forma de quejas debe darle una oportunidad de solicitar una conferencia.

Si el plan recibe una forma de queja pidiendo una conferencia, debe sostener dicha conferencia en un plazo no mayor de 30 días (o cinco días si el doctor de la red que le atiende decide que la efectividad del tratamiento propuesto se verá significativamente reducida si no se proporciona a la mayor brevedad posible).

Un representante del plan con autoridad para tomar determinaciones en relación a su queja estará a cargo de la conferencia, a la cual puede asistir usted o alguien en su representación.

Puede pedir una conferencia y además solicitar una revisión médica independiente. Con la revisión médica independiente, usted tiene la ventaja de obtener la opinión de profesionales médicos que no están de ninguna manera relacionados con su plan de salud.

>>>Demandar a su Plan de Salud Bajo la Ley Estatal

Una nueva ley de California dice que los planes de salud tienen una obligación de atención ordinaria para hacer los arreglos para la provisión de servicios de atención médicamente necesarios para sus miembros si los servicios de atención médica son beneficios provistos bajo el plan. El plan de salud es legalmente responsable por el daño ocasionado por no cumplir con esta obligación si:

- . El incumplimiento ocasionó el rechazo, demora o modificación del servicio de atención médica recomendado para o provisto a usted (la recomendación puede provenir de un proveedor fuera de la red y puede llegar después de que haya habido un daño sustancial); y
- . Como resultado, usted sufrió pérdida de vida, pérdida o impedimento significativo de una extremidad o función corporal, desfiguración significativa, dolor severo y crónico, o pérdida financiera significativa.

<Requerimientos Antes de Demandar> Antes de poder interponer una demanda bajo la nueva ley de California, debe primero “agotar” (usar todas las opciones disponibles) los procedimientos para la revisión médica independiente. Este requerimiento aplica si la disputa entre usted y el plan involucra la cuestión de si el servicio de salud solicitado es médicamente necesario (vea la pág. 25); también aplica si el plan niega cobertura por considerar que el servicio de salud solicitado es experimental o investigativo (vea las págs. 53–54).

Otras disputas—como por ejemplo cuando el plan sostiene que el tratamiento no es un beneficio cubierto—no necesitan pasar por el proceso de revisión independiente antes de poder interponer una demanda. Pero la regla general es que usted aún necesita intentar con todas las opciones de apelación ofrecidas por el plan, por lo que es mejor presentar una queja ante el plan antes de ir a la corte.

Aún cuando no se requiera una revisión médica independiente, usted aún puede hacer que su queja sea revisada por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) (DMHC). Puesto que es posible que no siempre esté usted seguro sobre la necesidad de una revisión médica independiente, siga el procedimiento de quejas de su plan y presente su queja para revisión independiente pero indique que usted no está renunciando a su derecho de alegar que no se requiere revisión independiente para su reclamación. El DMHC tomará la decisión final sobre si sus reclamaciones deben pasar por el proceso de revisión independiente o si es suficiente usar el proceso general de quejas.

Usted no necesita completar una revisión médica independiente antes de demandar si ocurrió “daño sustancial” u ocurrirá antes de terminar la revisión correspondiente. “Daño sustancial” significa pérdida de la vida, pérdida o impedimento significativo de una

extremidad o función corporal, desfiguración significativa, dolor físico severo y crónico, o pérdida financiera significativa.

Su tiempo para interponer una demanda es limitado. No se tarde.

<Cláusulas de Arbitraje y su Efecto sobre su Capacidad de Demandar > Aunque la ley de California le permite demandar, muchos contratos de planes de salud limitan este derecho requiriendo que usted se someta a arbitraje en vez de interponer una demanda. Por medio del arbitraje, una persona neutral decide cómo se resolverá la disputa entre usted y el plan. Si su plan requiere de arbitraje, el contrato o convenio de suscripción debe indicárselo en lenguaje claro justo arriba de la línea donde usted firma. Aún entonces, puede ser capaz de presentar una demanda si usted sólo está buscando un mandato judicial (no compensación económica por daños) para evitar que una práctica de un plan le dañe a usted y a otros, o si el plan hace cumplir la cláusula de arbitraje de manera injusta, pero primero debe tratar de consultar a un abogado.

>>Sugerencias para Objetar la Negación de Cobertura de un Plan de Salud

Si necesita un servicio de atención médica y tiene problemas para que su plan lo pague, no acepte una negativa. Muchos rechazos son revertidos durante la apelación. Sea persistente y exprese claramente lo que quiere.

Para fortalecer su caso, obtenga tanta información como pueda sobre la decisión del plan de negarle, demorar o modificar el servicio de salud solicitado. Lea los documentos de su plan para revisar si el servicio de salud es un beneficio cubierto y si aplica alguna exclusión o limitante. Determine quién tomó la decisión de cobertura (¿fue su doctor, el grupo médico o el plan?). Si fue su doctor, hable directamente con él e investigue por qué. Puede obtener una segunda opinión o cambiar de médico si no está de acuerdo con el método usado por su doctor.

Revise los materiales de su plan para enterarse sobre los procedimientos que aplican a su situación. Siga todas las reglas para presentar una queja por escrito o apelación y aproveche el Sistema de Revisión Médica Independiente si la disputa de cobertura es sobre necesidad médica. No ponga en peligro su cobertura al incumplir con un plazo. Pida una revisión “agilizada” (más rápida) si existe una amenaza seria a su salud. Haga referencia a las provisiones específicas del plan y a otra evidencia que sustente su reclamación de cobertura.

Consiga todas las decisiones, con explicaciones, por escrito. Siempre que sea posible, comuníquese con el plan por escrito y guarde copias de toda la correspondencia. Cuando envíe documentos importantes, use correo certificado con acuse de recibo para poder demostrar cuándo recibió el plan el correo. Envíe una copia de su queja a la agencia gubernamental (usualmente el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) o el Departamento de Seguros (Department of Insurance) [vea las págs. 24, 57]) que supervisa su plan.

Obtenga el nombre de cualquier representante del plan o grupo médico con quien discuta su problema. Tome notas para documentar la conversación. (Si puede, envíe una carta de

seguimiento que indique su comprensión de la conversación.) Proporcione el historial de su problema y los pasos que ha tomado para abordarlo; sea claro sobre lo que quiere que suceda enseguida; pregunte cuándo se le dará una respuesta o fije un plazo razonable para que el plan responda; y dé seguimiento con la persona que le ayude. Si trata con una persona que no le quiere ayudar, pida ver a un supervisor. Las conversaciones con representantes del plan pueden grabarse en una audiotape para recordar que lo que se diga puede convertirse en parte del expediente de su reclamación.

Prepare su caso desde el principio. Aprenda sobre su condición y el tratamiento que quiere para poder argumentar por qué es necesario y debería ser cubierto. Sea capaz de argumentar cómo se beneficiará del servicio de salud solicitado y cómo puede sufrir si no se cubre. Los artículos de revistas médicas, lineamientos y estudios de tratamiento, así como opiniones expertas pueden servir. La Internet puede ser una buena herramienta de investigación (pero la información que ahí se encuentra no siempre es precisa, así que revise la calidad de las fuentes que consulte). Trabaje con sus proveedores de servicios de salud; ellos pueden ayudarle a convencer a su plan de que necesita los servicios de salud en cuestión. Mantenga buenos registros sobre su condición, su atención, sus cuentas, y el contacto que usted tenga con sus doctores y el plan.

Obtenga ayuda. Aunque hay ocasiones en que necesitará un abogado, hay otras fuentes de ayuda. Por ejemplo, el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare, 888-HMO-2219; 877-688-9891 [TDD]) puede guiarle con los procedimientos de quejas de la mayoría de los planes y ayudarle a aprovechar el sistema de quejas del Departamento, incluyendo el proceso de revisión médica independiente.

Por encima de todo, cuide su salud. Si sus esfuerzos por lograr que el plan pague no están teniendo éxito y usted necesita de los servicios de salud en disputa, busque una manera de obtenerlos. Puede tratar de que le reembolsen después y continuar usando sus opciones de apelación, pero su salud debe tomar un lugar prioritario.

>Ayuda con un Problema con el Seguro Médico

Las fuentes de información, referencias y otra ayuda para problemas del seguro médico incluyen:

- .. Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare): 888-HMO-2219; 877-688-9891 (TDD); www.hmohelp.ca.gov
- .. Departamento de Seguros (Department of Insurance): 800-927-HELP (4357); 800-482-4TDD; www.insurance.ca.gov
- .. Consejo de Atención Médica al Consumidor de California (Consumer Health Care Council): 888-CAL-COUNCIL; www.cchcc.org
- .. Programa Nacional de Leyes de la Salud (National Health Law Program) (para información y enlaces): www.healthlaw.org
- .. Alianza de Consumidores por la Salud (Health Consumer Alliance) (para información y enlaces): www.healthconsumer.org

- .. Centro para los Derechos en Atención Médica (Center for Health Care Rights) (para información, enlaces y cartas muestra): www.healthcarerights.org
- .. Línea Telefónica de Derechos de la Salud (Health Rights Hotline) (para personas en los condados de El Dorado, Placer, Sacramento, y Yolo): 888-354-4474; 916-551-2100; www.hrh.org (el sitio de Internet ayuda dentro y fuera de estos condados e incluye cartas muestra)
- .. Guía del Paciente de California (The California Patient's Guide): www.calpatientguide.org
- .. Fundación de Defensores de los Pacientes (Patient Advocate Foundation): 800-532-5274; www.patientadvocate.org
- .. Centro del Consumidor para la Salud en Fresno (Fresno Health Consumer Center), Central California Legal Services, Inc. (para personas de escasos recursos en Fresno): 800-300-1277; www.centralcallegal.org
- .. Centro del Consumidor para la Salud en Los Angeles (Health Consumer Center of Los Angeles), Servicios Legales para Vecinos del Valle de San Fernando (San Fernando Valley Neighborhood Legal Services) (para personas de escasos recursos en Los Angeles): 800-896-3203; www.healthconsumer.org/LosAngeles.html
- .. Centro del Consumidor para la Salud en Orange County (Health Consumer Center of Orange County), Sociedad de Ayuda Legal de Orange County (Legal Aid Society of Orange County) (para personas de escasos recursos en Orange County): 800-834-5001; www.healthconsumer.org/Orange.html
- .. Centro del Consumidor para Educación y Defensa de la Salud (Consumer Center for Health Education and Advocacy) (para personas de escasos recursos en el Condado de San Diego): 877-734-3258; www.healthconsumer.org/SanDiego.html
- .. Asistencia Legal en el Area de la Bahía, Proyecto de Defensa de la Salud Comunitaria de San Francisco (Bay Area Legal Aid, San Francisco Community Health Advocacy Project) (para personas de escasos recursos en el área de la Bahía): 800-551-5554; 415-982-1300; www.baylegal.org
- .. Centro del Consumidor para la Salud en el Condado de San Mateo (Health Consumer Center of San Mateo County) (para personas de escasos recursos en el condado de San Mateo): 800-381-8898; 650-558-0915; 650-558-0786 (TDD); www.healthconsumer.org/SanMateo.html; www.legalaidsmc.org
- .. Centro de la Costa Central para la Vida Independiente, Proyecto de Defensa de la Atención Médica (Central Coast Center for Independent Living, Health Care Advocacy Project) (para personas discapacitadas en los condados de Monterey, San Benito, y Santa Cruz): 831-757-2968; 831-757-3949 (TDD); o correo electrónico njohnston@cccil.org
- .. Panel de Referencia Legal del SIDA (AIDS Legal Referral Panel) (para personas con VIH/SIDA en los condados de Alameda, Contra Costa, Marin, San Francisco, San Mateo, Solano, y Sonoma): 415-291-5454; www.alrp.org
- .. Su organización local de servicios legales: consulte www.peoplesguide.org o su guía telefónica para encontrar servicios legales gratuitos para personas de escasos recursos. Su

asociación local de la barra de abogados también puede proporcionarle referencias gratuitamente o a un bajo costo. La Línea Telefónica de SIDA de California (The California AIDS Hotline, 800-367-SIDA [2437]; 888-255-SIDA [TTY]) proporciona referencias para servicios legales gratuitos o de bajo costo para personas con VIH/SIDA.

>Mantener la Cobertura de Salud Durante una Ausencia Laboral

La Ley de Permiso de Ausencia Laboral por Razones Médicas y Familiares (Family and Medical Leave Act, FMLA) y la Ley de Derechos de la Familia de California (California Family Rights Act, CFRA) permiten a las personas elegibles tomar un permiso sin goce de sueldo de su empleo (o reducir las horas laborales) para enfrentar (1) un problema serio de salud física o mental que requiere de hospitalización o tratamiento continuo de un proveedor de servicios de salud; (2) cuidar de un hijo, padre / madre, o cónyuge que sufra de un problema serio de salud; o (3) el nacimiento o adopción de un hijo o la colocación de un niño en un hogar de crianza. Después del permiso de ausencia otorgado bajo FMLA/CFRA, usted debe poder regresar al mismo empleo o a un puesto similar con el mismo sueldo, prestaciones y condiciones de trabajo.

FMLA/CFRA puede ayudarle a tomar hasta 12 semanas de permiso de ausencia sin goce de sueldo en un año si (1) su patrón tiene cuando menos 50 empleados en un área no mayor de 75 millas de su centro laboral o si es una dependencia educativa pública o local, y (2) usted ha trabajado para su patrón durante un mínimo de 12 meses, y (3) usted realmente trabajó cuando menos 1,250 horas en un plazo no mayor de 12 meses inmediatamente antes del permiso.

Durante el permiso bajo FMLA/CFRA, usted tiene derecho a que sus beneficios de salud continúen bajo los mismos términos que se aplicaron mientras usted estaba trabajando. Por ejemplo, si su patrón normalmente le paga el total o una porción de sus beneficios de salud (para usted y sus dependientes), debe continuar haciéndolo. Si usted reduce sus horas de trabajo, su patrón debe continuar los beneficios de salud que usted tendría con un horario de trabajo regular si tiene suficiente permiso de FMLA/CFRA para cubrir la reducción en las horas de trabajo. Una vez que usted haya consumido el tiempo permitido para un permiso, su patrón no tiene obligación de continuar con su cobertura de salud. Su patrón no está obligado a continuar con sus beneficios de salud si usted no planea regresar a su trabajo. Si esto ocurre, puede continuar su cobertura bajo COBRA (vea las págs. 61–62).

Si usted no regresa a su trabajo después del permiso de FMLA/CFRA, no está obligado a reembolsar a su patrón la cobertura de salud que haya tenido durante el permiso si la razón por la que no puede regresar a su trabajo está fuera de su control. De otra manera, es posible que tenga que reembolsar a su patrón las primas que pagó durante su permiso. Si usted está demasiado enfermo para regresar a su trabajo, su patrón no puede obligarle a pagar los beneficios de salud que haya recibido durante el permiso.

Tenga esto en cuenta: Existen pasos muy específicos que debe tomar si quiere que su permiso de ausencia sea protegido bajo FMLA/CFRA. Si no sigue todas las reglas, le pueden despedir. Para mayor información sobre FMLA, contacte a la Oficina Local de Horarios y Salarios del Departamento del Trabajo (Department of Labor's local Wage

and Hour Office, visite www.dol.gov/dol/esa/public/regs/compliance/whd/1421.htm, o consulte al “Consejero sobre la Ley de Permiso de Ausencia Laboral por Razones Médicas y Familiares” (www.dol.gov/elaws/fmla.htm), un sistema en línea de Internet que contiene información sobre la elegibilidad, razones válidas para los permisos de ausencia, responsabilidades de notificación, y derechos y beneficios de los empleados.

> Conservar la Cobertura de Salud Cuando Va a Perder el Seguro Provisto por su Patrón (COBRA/Cal-COBRA)

Una vez que usted tenga seguro médico, es importante que lo conserve. Una ley federal llamada COBRA (Ley de Reconciliación Presupuestaria General Consolidada, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) y una ley estatal llamada Cal-COBRA permiten a muchos trabajadores y a sus cónyuges e hijos continuar con la cobertura de su plan de salud de grupo cuando (1) el empleado pierde o cambia de empleo (o queda discapacitado) o se le reducen sus horas de trabajo; (2) la cobertura terminaría como resultado de divorcio o por el fallecimiento del empleado; o (3) un hijo pierde su condición de "hijo dependiente" bajo el plan de grupo de un padre o madre. (Siempre que este manual se refiera a COBRA, asuma que también está hablando sobre Cal-COBRA a menos que indique lo contrario.)

< Posibles Beneficios de la Cobertura COBRA > Usted debe tomar su propia decisión sobre si utilizará COBRA o continuará con su cobertura de salud. Algunas razones por las cuales COBRA puede ser la elección adecuada son:

- .. La cobertura COBRA puede ser mejor que nada. Es posible que tenga problemas para obtener un seguro médico por su propia cuenta, especialmente si tiene una condición de salud costosa. Con COBRA, estará asegurado cuando menos un tiempo mayor.
- .. Aún cuando usted pueda obtener un plan de salud individual, el utilizar COBRA para continuar con su plan de salud de grupo puede ser más barato y puede ofrecerle mejor cobertura.
- .. COBRA puede ayudarle a evitar una interrupción significativa en su cobertura de salud, lo cual a su vez puede ayudarle a evitar una exclusión para condición preexistente al suscribirse a un nuevo plan de salud de grupo o adquirir un plan individual de salud (vea las págs. 35-38). La cobertura COBRA cuenta como "cobertura acreditable" (vea las págs. 36-37).
- .. La cobertura COBRA protege su derecho a adquirir un plan individual de salud. Si usted califica para COBRA pero no lo utiliza tanto como puede, pierde el derecho a un acceso garantizado a un plan de salud individual (vea las págs. 30-31).

No se le puede negar la cobertura COBRA debido a su salud o discapacidad.

< Definiciones COBRA > COBRA involucra varios términos especiales. El comprender éstos términos puede facilitar el ejercicio de sus derechos COBRA. Bajo COBRA,

- .. “Plan de salud de grupo” generalmente significa un plan de beneficios de salud establecido o mantenido por un patrón privado o gobierno estatal o local para ofrecer beneficios médicos a sus empleados (y en muchos casos también a sus dependientes).
- .. “Empleado cubierto” es una persona a quien se le proporciona o se le proporcionó cobertura bajo un plan de salud de grupo por servicios prestados (es decir, trabajo) al patrón que mantiene el plan.
- .. “Beneficiario calificado” es una persona que (1) es un empleado cubierto (o, en algunos casos, un jubilado o contratista independiente) o su cónyuge o hijo dependiente y (2) estaba cubierto por un "plan de salud de grupo" el día anterior a un "evento calificador." Un hijo biológico o que es colocado para adopción con un empleado cubierto durante el periodo de la cobertura COBRA también se considera un beneficiario calificado.
- .. “Eventos calificantes” son ciertos eventos que, en la ausencia de COBRA, ocasionarían que un "empleado cubierto" y sus dependientes perdieran la cobertura bajo el plan de salud de grupo. Los eventos calificantes incluyen: (1) el final de la relación laboral de un empleado cubierto (a menos que se le despida por muy mala conducta) o una reducción de sus horas laborales; (2) un divorcio entre el empleado cubierto y su cónyuge; (3) el fallecimiento del empleado cubierto; (4) el empleado cubierto obtiene derechos a beneficios de Medicare; (5) un hijo ya no cumple con la definición de "hijo dependiente" bajo el plan de salud de grupo del padre o la madre.
- .. “Periodo de elección” es el periodo en el que los beneficiarios calificados pueden "elegir" continuar con la cobertura del plan de salud de grupo bajo COBRA. El periodo de elección, que dura cuando menos 60 días, inicia en la última fecha de estas dos: (1) el día en que termine la cobertura del plan de salud de grupo debido a un evento calificador o (2) la fecha del aviso informando al beneficiario calificado sobre su derecho a cobertura COBRA (a éste aviso se le llama "aviso de elección").
- .. El aviso de elección debe decir qué pasos debe seguir el beneficiario calificado para "elegir" la cobertura COBRA. Cuando usted elige COBRA, formalmente decide continuar con la cobertura bajo el plan de grupo y comunica dicha decisión a la persona y lugar identificado en el aviso de elección. Siempre elija por escrito (y guarde una copia), aún cuando no se requiera que lo haga, puesto que así puede comprobar que eligió la cobertura COBRA.
- .. Usted "agota" su cobertura COBRA al pagar primas durante todo el tiempo que es elegible para COBRA. Se considera que usted ha agotado COBRA si termina su elegibilidad (por ejemplo, se muda a otro lugar lejos del área de servicio del plan) antes del periodo estándar de expiración de la cobertura COBRA.

<Planes de Salud Cubiertos por COBRA> COBRA aplica planes de salud de grupo (incluyendo planes autoasegurados) mantenidos por patrones (mas no iglesias) con un mínimo de 20 empleados. Cal-COBRA aplica a planes de grupo (que no son autoasegurados) de patrones privados (incluyendo iglesias) que tienen entre 2 y 19 empleados.

Los empleados federales son cubiertos por una ley diferente, la Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employee Health Benefits Act), y deben

preguntar a la oficina de personal de su dependencia sobre la continuación de beneficios de salud.

< Calificar para Cobertura COBRA si Usted es el Empleado> Usted es elegible si renuncia o pierde su empleo, a menos que se le despida por muy mala conducta (llamada "falta grave de conducta").

Usted puede calificar si pierde su cobertura de salud debido a una reducción de horas laborales.

< Calificar si Usted Tenía Cobertura de Plan de Salud de Grupo por Medio de su Cónyuge o Padre o Madre> Usted es elegible si (1) su cónyuge o padre o madre renuncia o pierde su empleo (o se le reducen sus horas laborales), a menos que haya sido despedido por una falta grave de conducta; (2) se le reducen sus horas laborales; (3) obtiene elegibilidad para Medicare; (4) fallece, o (5) hay un divorcio o, en algunos casos, una separación legal. Adicionalmente, un hijo puede calificar si pierde su condición de "hijo dependiente" bajo las reglas del plan.

< Un Hijo que Ha Nacido o Ha Sido Adoptado por un Beneficiario Calificado Antes de que Termine la Cobertura COBRA> es elegible para la misma cobertura que el beneficiario calificado.

< La Ley FMLA y COBRA> El tomar un permiso bajo FMLA o CFRA (vea las págs. 58–59) en sí mismo no hace que usted califique para COBRA, pero puede ser elegible para COBRA si, mientras que usted está de permiso, la obligación de su patrón de mantener sus beneficios termina. Esto puede suceder si usted le dice a su patrón que no piensa regresar a su trabajo.

<Beneficios Bajo COBRA> COBRA aplica únicamente a los beneficios médicos (como por ejemplo cobertura para atención hospitalaria y médica, medicamentos con receta, o cuidado dental o de la vista), no para otros beneficios como seguro de vida. Bajo COBRA, usted tiene derecho a los mismos beneficios y opciones que los miembros del plan que no han tenido un "evento calificante." Usualmente tendrá la misma cobertura que tenía antes de COBRA. Por ejemplo, si usted y sus hijos estaban cubiertos por los planes médico y dental de su patrón antes de perder su empleo, COBRA le da a usted y a sus hijos el derecho de continuar la cobertura bajo uno o ambos planes. Si se ofrece suscripción abierta a empleados activos y a sus dependientes, usted y su familia también tienen derecho a ella.

<Cuándo Puede Cambiar la Cobertura Bajo COBRA > Sus beneficios pueden cambiar si también cambian para los empleados activos del plan. Ya sea que se trate de un cambio bueno o uno malo, aplicará a usted. Si el patrón deja de ofrecer cualquier plan de salud para sus empleados, no tiene la obligación de continuar con su cobertura COBRA, pero si el patrón cambia un nuevo plan, usted tiene derecho a entrar.

<Aprender Sobre COBRA> Su Resumen de Descripción del Plan (ver la página 26) debe explicar sus derechos COBRA. Si usted no recibe o no comprende esta información, pregunte a su patrón o administrador del plan. Para información gratuita sobre COBRA, visite www.dol.gov/dol/pwba o llame al Departamento del Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor, 415-975-4600 para la oficina regional de San Francisco; 626-583-7862 para la oficina regional de Los Angeles; 800-326-2577 [TDD]; 800-998-7542 [línea telefónica de publicaciones]).

<Asegurarse de Obtener Cobertura COBRA: >

- .. Primero, el administrador del plan debe ser informado sobre el "evento calificador" que le hace elegible para COBRA: en caso de un divorcio, una separación legal, o el hecho de que un hijo tenga demasiada edad para tener condición de dependiente bajo el plan, usted (el participante) debe informar al administrador del plan en un plazo no mayor de 60 días. Un patrón generalmente debe informar al administrador del plan sobre el fallecimiento, despido, reducción de horas laborales, u obtención de derecho a Medicare de un empleado en un plazo no mayor de 30 días. Por seguridad, informe al plan sobre un evento calificador aún cuando usted crea que es responsabilidad del patrón.
- .. Segundo, usualmente en un plazo no mayor de 14 días tras recibir notificación del evento que genera la elegibilidad para COBRA, el administrador del plan debe proporcionar un "aviso de elección" a las personas elegibles para COBRA para informarle sobre su derecho a "elegir" la cobertura COBRA.
- .. Tercero, a partir de la última de dos fechas, ya sea el día en que se pierde la cobertura o la fecha en que se proporciona el aviso de elección COBRA, la persona elegible para COBRA tiene un "periodo de elección" de cuando menos 60 días, tiempo durante el cual puede "elegir" la cobertura COBRA. Si quiere continuar con la cobertura de su plan de salud de grupo por medio de COBRA, debe seguir las instrucciones del aviso de elección y elegir COBRA en un plazo no mayor de este tiempo. Si no lo hace, pierde su derecho. (Ver la página 64 sobre notificaciones para obtener una ampliación de 11 meses por discapacidad.) Aunque cada beneficiario calificado puede independientemente elegir la cobertura COBRA, un empleado cubierto o un cónyuge puede hacerlo a nombre de los otros beneficiarios calificados.
- .. Cuarto, usted debe pagar la primera prima en un plazo no mayor de 45 días a partir de la elección de la cobertura COBRA. Asegúrese de que su primer pago sea suficiente para cubrir el periodo a partir del día en que se perdió la cobertura regular hasta el día en que envía el pago. Después de eso, siga las reglas del plan sobre cuándo pagar las primas (el plan debe darle la opción de pagarlas de manera mensual, pero no está obligado a

enviarle avisos mensuales sobre las primas). Tenga cuidado de que los pagos de sus primas sean por la cantidad correcta y a tiempo.

<Cuando Inicia y Termina la Cobertura COBRA> Inician el día en que su cobertura terminaría debido al evento calificante. Su cobertura COBRA será retroactiva a ese día si usted elige COBRA durante el periodo de elección de 60 días y la paga en un plazo no mayor de 45 días después de su elección.

Si, durante el periodo de elección, usted "renuncia" (indica que no quiere) a la cobertura COBRA, puede "revocar la renuncia" (cambiar de opinión y eliminar su renuncia) antes del final del periodo de elección. Si hace esto, la cobertura puede no iniciar hasta el día en que usted cambió de opinión (puede que no sea retroactiva al día en que el evento calificante ocasionó que usted perdiera la cobertura de su plan de salud de grupo).

.. Si su cobertura hubiera terminado debido a que usted, su cónyuge, o su padre o madre perdió su empleo o se le redujeron sus horas laborales, usted es elegible durante 18 meses para la cobertura COBRA (a partir del día del evento calificante).

.. Si la cobertura hubiera terminado debido a que el empleado cubierto se suscribió a Medicare, se divorció o se separó legalmente, o falleció, el cónyuge e hijos dependientes califican para 36 meses de cobertura COBRA (a partir del día del evento calificante).

.. Si un hijo pierde la condición de "hijo dependiente" bajo el plan, puede tener cobertura COBRA durante 36 meses (a partir del día del evento calificante).

Un plan de salud de grupo puede voluntariamente continuar sus beneficios durante un periodo mayor que el tiempo máximo requerido por COBRA. (Vea las págs. 65-66 sobre Senior COBRA, que permite a algunos trabajadores de edad avanzada y a sus cónyuges continuar con los beneficios de salud hasta la edad de 65 años.) Si su cobertura COBRA está terminando, verifique si tiene derecho a comprar un plan individual (vea las págs. 30-31) o si usted es elegible para un plan de conversión (vea las págs. 67-69).

< Extender su Cobertura COBRA si Queda Discapacitado> Si la Administración de Seguridad Social determina que usted quedó discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura COBRA, puede obtener 11 meses adicionales de cobertura COBRA (para un total de 29 meses, en lugar de tan sólo 18). Los otros beneficiarios calificados de su familia también pueden obtener esta ampliación de 11 meses, aún cuando no estén discapacitados.

Usted pierde todos los derechos a los 11 meses adicionales si no actúa rápido. Usted o un miembro de su familia debe notificar al administrador del plan sobre la determinación de discapacidad de la Administración de Seguridad Social en un plazo no mayor de 60 días a partir de la determinación y antes del vencimiento de los 18 meses iniciales de la cobertura COBRA. Si usted está cerca del final de sus 18 meses de cobertura COBRA y aún está esperando una determinación de discapacidad por parte de la Administración de Seguridad Social, contacte a la Administración de Beneficios de Bienestar y Pensión (Pension and Welfare Benefits Administration) del Departamento del Trabajo para determinar si se puede hacer algo para agilizar el proceso.

<Puede Perder Su Cobertura COBRA> Su cobertura puede terminar anticipadamente si (1) no paga sus primas a tiempo (asegúrese de enviar la cantidad correcta); (2) su patrón ya no tiene ningún plan de salud de grupo; (3) después de elegir COBRA, usted obtiene cobertura por medio de algún otro plan de salud de grupo que no excluye o limita la cobertura para sus condiciones preexistentes; o (4) usted es elegible para Medicare después de su elección COBRA.

Puede calificar para COBRA, pero no para Cal-COBRA, si usted es elegible para Medicare a más tardar en la fecha en que elija continuar con la cobertura del plan de salud de grupo. Si usted tiene otra cobertura de salud antes de hacer su elección, no será elegible para Cal-COBRA (a menos que la otra cobertura sea por medio de una conversión de grupo), pero aún puede calificar para COBRA.

En algunos casos, COBRA puede terminar si usted se muda a otro lugar fuera del área de servicio del plan (esto puede ocurrir únicamente si el mudarse fuera del área de servicio también terminaría la cobertura para un empleado activo).

Si usted obtiene la ampliación de 11 meses por discapacidad y la Administración de Seguridad Social decide que usted ya no está discapacitado, su cobertura COBRA puede terminar. Debe informar al administrador del plan sobre la nueva decisión en un plazo no mayor de 30 días.

<Costos de COBRA > Usted es responsable de pagar las primas. Estas no pueden ser mayores de 102% del costo del plan para empleados en situaciones similares (y sus dependientes) quien no han tenido un evento calificador. Los costos del plan incluyen tanto la porción que usted pagó como cualquier porción pagada por el patrón antes de que terminara la cobertura regular, mas el 2% de costos administrativos. Por ejemplo, si usted pagaba 50 dólares cada mes por cobertura de salud antes de que terminara su empleo y cada mes su patrón contribuía 50 dólares para su cobertura, su prima máxima mensual de COBRA será de 102 dólares. Bajo Cal-COBRA, usted puede pagar hasta el 110% de la prima regular. Si recibe la ampliación de 11 meses por discapacidad, la prima para los meses adicionales puede incrementarse hasta un 150%. Sus primas COBRA pueden subir, pero sólo si el incremento se aplica a otros participantes del plan.

Aún con estos límites, las primas pueden ser altas (porque es muy posible que ahora usted tenga que pagar la porción de la prima que su patrón pagaba cuando usted trabajaba).

Cualquier copago, deducible, límite máximo, exclusión, o limitación que sea parte del plan para los empleados activos seguirá aplicándose a usted. Por ejemplo, si su plan tiene un límite máximo de \$5000 dólares en cobertura para equipo médico duradero, usted será responsable de cualquier costo de equipo médico duradero que exceda los \$5000 dólares.

<Convertirse de un Plan de Salud de Grupo a una Póliza Individual> Si su plan de salud de grupo tiene la opción de conversión a un plan individual, debe permitirle suscribirse al plan de conversión dentro del periodo de 180 días que termina el día en que expira su cobertura COBRA. La prima del plan de conversión puede ser más alta, y puede ofrecer

menos cobertura. Usted no puede convertirse a un plan individual si no agota su cobertura COBRA (si la cancela antes del tiempo máximo que puede tenerla). Para mayor información sobre planes de conversión, vea las págs. 67-69.

Recuerde, puede perder sus derechos de COBRA/Cal-COBRA si no elige la cobertura COBRA dentro del periodo de elección de 60 días. El reloj empieza a correr en cuanto el patrón o administrador del plan le envíe el aviso de elección COBRA, aún cuando usted no lo reciba. No espere a que alguna otra persona le informe sobre COBRA/Cal-COBRA. Si va a perder la cobertura de su plan de salud de grupo debido a pérdida de empleo, reducción de horas, divorcio, separación legal, fallecimiento del empleado o elegibilidad para Medicare, o pérdida de la condición de "hijo dependiente", pregunte de inmediato al patrón o al administrador del plan sobre cómo continuar la cobertura bajo COBRA / Cal-COBRA.

>Senior COBRA

La ley de California requiere que los planes de salud para grupos (que no sean autofinanciados) continúen con la cobertura COBRA o Cal-COBRA más allá de límite usual si aplican los siguientes puntos:

- ..Usted trabajó para su antiguo patrón durante un mínimo de cinco años;
- ..Usted tenía cuando menos 60 años de edad al terminar su empleo; y
- ..Usted era elegible para COBRA (o Cal-COBRA) y eligió y agotó dicha cobertura.

Esta ampliación de cobertura, llamada Senior COBRA, también está disponible para el cónyuge o antiguo cónyuge del empleado. Si usted desea Senior COBRA, debe notificar al plan por escrito en un plazo no mayor de treinta días antes de que su cobertura COBRA o Cal-COBRA esté programada para finalizar.

Usted no califica para Senior COBRA si (1) su trabajo terminó debido a una falta grave de conducta, (2) usted es elegible para Medicare, (3) usted tiene 65 años o más, (4) usted está cubierto por otro plan de grupo, (5) no eligió la cobertura COBRA/Cal-COBRA cuando estuvo disponible para usted, o (6) no solicitó Senior COBRA por escrito y a tiempo. Los planes de atención médica especializada, como por ejemplo planes de atención dental o de la vista, no están obligados a ofrecer Senior COBRA.

Si usted califica para Senior COBRA, puede continuar su cobertura con el plan de grupo por un máximo de cinco años después de que los beneficios de COBRA/Cal-COBRA estaban programados para terminar o hasta que (1) cumpla 65 años, (2) obtenga la cobertura bajo otro plan, (3) sea elegible para Medicare, (4) su antiguo patrón deje de ofrecer cualquier cobertura de salud para los empleados activos, o (5) usted deje de pagar las primas. Para cónyuges, la cobertura Senior COBRA también puede terminar cinco años después de la fecha en que su cobertura COBRA o Cal-COBRA estaba programada para finalizar. Si la cobertura termina debido a que el antiguo patrón cancela su plan de salud de grupo, usted tiene derecho a convertirse a un plan individual (vea las págs. 67-69).

Usted debe pagar las primas para mantener la cobertura Senior COBRA. Si las primas del patrón se ajustan según la edad de los empleados o dependientes, las primas de Senior

COBRA no pueden exceder el 102% de la prima total para empleados de edades similares (o cónyuges) si usted inicialmente calificó para COBRA (110% para aquellos elegibles para Cal-COBRA). Si las primas del patrón no se ajustan según la edad, entonces la prima Senior COBRA no puede exceder el 213% de la prima requerida para los otros miembros del plan.

Los beneficios bajo Senior COBRA son los mismos que están disponibles bajo COBRA y Cal-COBRA. No hay exclusiones para condiciones preexistentes.

> Conservar el Seguro Médico para un Hijo con Discapacidad

Bajo la mayoría de los planes de salud, la cobertura para un hijo dependiente termina cuando éste llega a una cierta edad. Pero la ley de California dice que los planes individuales y de grupo (que no sean autofinanciados) no pueden terminar la cobertura para un hijo que alcance la edad máxima si dicho hijo (1) no puede trabajar para sostenerse debido a un retraso mental o discapacidad física y (2) depende del suscriptor del plan (usualmente el padre o la madre) para su sustento y mantenimiento. Usted debe presentar pruebas ante el plan de la incapacidad y dependencia del hijo en un plazo no mayor de 31 días a partir de que se le pida la información. El plan puede pedirle que proporcione esta información de nuevo pero, después de que hayan pasado dos años desde que el hijo haya llegado a la edad máxima, no puede pedírselo más de una vez por año.

Aunque no están obligados a hacerlo, algunos planes de grupo autofinanciados pueden permitirle continuar con la cobertura para un hijo discapacitado después de la edad máxima.

>Continuar con los Beneficios si Termina el Contrato del Plan de Grupo mientras Usted Está Totalmente Discapacitado

Si el contrato entre un patrón y su plan de salud de grupo (que no es autofinanciado) termina y el empleado o dependiente estaban totalmente discapacitados durante la suscripción y siguen totalmente discapacitados al momento de que termina el contrato, entonces el plan debe extender los beneficios de la persona discapacitada durante un tiempo razonable. Si el plan incluye beneficios para servicios cubiertos directamente relacionados con la condición que ocasiona la discapacidad total, dichos beneficios deben continuar por un mínimo de 12 meses después de la discontinuación del contrato. Esta extensión de beneficios puede terminar cuando el empleado o dependiente ya no esté totalmente discapacitado o el empleado o dependiente obtenga una cobertura de reemplazo que no limite la cobertura para la condición discapacitante.

>Convertirse de un Plan de Grupo a un Plan Individual

En muchos casos, cuando termina su cobertura de grupo, su plan de salud debe ofrecerle una cobertura individual. Un plan de conversión puede ser más costoso que su plan de grupo anterior y puede no incluir los mismos beneficios.

>> Planes de Salud de Grupo Autorizados por el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare)

Estos planes (HMOs y algunos otros planes de Blue Cross y Blue Shield) deben permitir a los miembros cuya cobertura de grupo termina, convertirse a una membresía fuera de grupo sin evidencia de poderse asegurar (sin importar condiciones de salud preexistentes) a menos que:

- .. El contrato del grupo o la participación del patrón en el mismo haya terminado;
- .. El empleado o miembro no haya pagado lo que le adeuda al plan;
- .. El plan tuviera buena causa para cancelar la cobertura del empleado o miembro;
- .. El plan sea autoasegurado;
- .. El empleado o miembro conscientemente haya proporcionado información incorrecta o haya obtenido indebidamente los beneficios del plan;
- .. El empleado o miembro no haya estado continuamente cubierto durante el periodo de tres meses inmediatamente anterior a la terminación de la cobertura; o
- .. El miembro sea cubierto por o elegible para otro plan de salud, Medicare, u otros beneficios de salud estatales o federales.

El contrato de conversión cubrirá al empleado o miembro y a sus dependientes que hubieran estado cubiertos bajo el plan de grupo en la fecha de terminación. Usted debe solicitar y pagar la primera prima en un plazo no mayor de treinta y un días después de la terminación del grupo. Un cónyuge dependiente cubierto tiene los mismos derechos de conversión si un divorcio o el fallecimiento del empleado / suscriptor le descalifica del plan de grupo.

>> Planes de Salud de Grupo Regulados por el Departamento de Seguros (Department of Insurance)

Estos planes (que no son autofinanciados) deben hacer la cobertura de conversión disponible a un empleado o miembro a menos que la cobertura bajo la póliza de grupo haya terminado debido a que:

- .. La póliza del grupo o la participación del propietario de la póliza en la misma haya terminado, y el seguro haya sido reemplazado por una cobertura similar bajo otra póliza de grupo en un plazo no mayor de 60 días;
- .. El empleado o miembro no haya hecho el pago requerido al momento de su vencimiento; o
- .. El empleado o miembro no hubiera estado continuamente cubierto durante el periodo de tres meses inmediatamente anterior a la terminación de la cobertura.

Además, una aseguradora no está obligada a emitir una póliza de conversión a una persona que esté cubierta para beneficios similares bajo un plan individual, tenga derecho a Medicare, esté cubierta por o sea elegible para beneficios similares bajo otro plan de grupo, o si hay beneficios similares disponibles bajo la ley estatal o federal. La póliza de

conversión puede permitir a la aseguradora preguntar si el miembro de la póliza ha sido cubierto para beneficios similares y puede negarse a renovar la cobertura si:

- .. No se proporciona la información solicitada.
- .. El miembro de la póliza cometió fraude o dijo una mentira importante al solicitar los beneficios bajo la póliza de conversión.
- .. La persona es elegible para Medicare o si otra ley estatal o federal ofrece beneficios similares a aquellos ofrecidos por la póliza convertida.
- .. No se pagan las primas.
- .. La persona queda cubierta para beneficios similares bajo otro plan individual.
- .. La persona es elegible para cobertura bajo un plan de grupo.

Usted debe solicitar por escrito la conversión de cobertura y pagar la primera prima en un plazo no mayor de treinta y un días a partir de la terminación de la cobertura del plan de grupo. La póliza de conversión debe cubrir al empleado o miembro y a sus dependientes que hubieran estado cubiertos por el plan de grupo en la fecha en que terminó la cobertura, pero la aseguradora puede elegir emitir una póliza aparte para un dependiente.

La cobertura de conversión también está disponible para un cónyuge dependiente cubierto e hijos cuya cobertura termina bajo la póliza de grupo debido al fallecimiento del empleado o miembro, y para un cónyuge dependiente cubierto si deja de ser un familiar calificado debido a la terminación del matrimonio. También está disponible para un hijo cuya cobertura termina debido a que deja de ser un familiar calificado bajo la póliza del grupo.

La póliza de conversión no puede excluir como una condición preexistente cualquier condición cubierta por la póliza de grupo.

{Parte II: Seguro Medigap (Suplementario de Medicare)}

> Llenando los Huecos en la Cobertura Medicare

Las personas de más de 65 años y ciertos discapacitados pueden obtener beneficios de salud de Medicare, un programa federal de seguro médico. Pero Medicare no paga todo el costo de su atención, y no cubre todos los servicios de salud que una persona puede necesitar. Con el seguro privado Medigap (también llamado seguro Suplementario de Medicare), puede llenar algunos de los huecos en la cobertura de Medicare. Si puede pagar las primas de Medigap, puede evitar algunos de los desembolsos potencialmente altos que pudiera enfrentar si el Medicare de pago por servicio es su única cobertura. Para una mejor comprensión de la información de Medigap que aparece a continuación, es recomendable leer sobre Medicare primero (vea las págs. 83-97).

Aunque el seguro Medigap ayuda a algunas personas a pagar los gastos médicos no cubiertos por Medicare, este tipo de seguro no es para todos. Para ayudarle a decidir si

Medigap es la opción adecuada para usted, contacte al Programa de Asesoría y Defensa para Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Todos los condados de California tienen una oficina HICAP donde usted puede obtener información neutral y asistencia referente al seguro Medigap, planeación de atención y seguro a largo plazo, Medicare, atención administrada, y otros asuntos relacionados con los seguros. Los servicios de HICAP son gratuitos y confidenciales para personas que cuentan con Medicare y para personas que están planeando su retiro y futuras necesidades de salud y atención a largo plazo. Para la oficina de HICAP más cercana, llame al 800-434-0222.

Un asesor de HICAP puede estar disponible para visitarle en su hogar si usted no puede trasladarse a la oficina local.

>> Los 10 Planes Estándar de Medigap

Existen 10 planes estándar de Medigap: desde el Plan A hasta el Plan J. Cada plan tiene una mezcla de beneficios que se agregan a la cobertura disponible de Medicare. Debido a que los planes son iguales de una aseguradora a otra (por ejemplo, el Plan E de una aseguradora tiene los mismos beneficios que el Plan E de otra aseguradora), usted puede comparar para conseguir las primas más económicas durante los periodos en los que tiene derecho a comprar cobertura Medigap.

Existen 11 beneficios diferentes que pueden ser parte de un plan Medigap. Tres de ellos son "Beneficios Básicos" (también conocidos como "Beneficios Medulares"), que se incluyen en todos los planes de Medigap. El Plan A proporciona sólo estos tres Beneficios Básicos (la cobertura mínima de Medigap que usted puede obtener). Los tres beneficios básicos más las diferentes combinaciones de los otros ocho beneficios constituyen los Planes B al J. A continuación aparece un resumen de los beneficios de Medigap y la manera en que se relacionan con la cobertura de Medicare. La tabla de la página 70 muestra cuáles beneficios se incluyen en cada plan de Medigap. Para una mejor comprensión de la manera en que se relacionan los beneficios de Medigap con la cobertura de Medicare, lea sobre Medicare en las págs. 83-97.

> TABLA SOBRE LOS BENEFICIOS PROVISTOS POR LOS DIFERENTES PLANES DE MEDIGAP:

{Plan de Medigap} {Beneficios Incluidos}

Plan A Beneficios Básicos (Hospitalización, Sangre, Gastos Médicos)

Plan B Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos

Plan C	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Deducible de la Parte B, Emergencia Durante Viaje al Extranjero
Plan D	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Recuperación en Casa
Plan E	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Atención Preventiva
Plan F	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Deducible de la Parte B, Cargos Excedentes de la Parte B (100%), Emergencia Durante Viaje al Extranjero
Plan G	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Cargos Excedentes de la Parte B (80%), Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Recuperación en Casa
Plan H	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Beneficio Básico de Medicamentos con Receta
Plan I	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Cargos Excedentes de la Parte B (100%), Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Recuperación en Casa, Beneficio Básico de Medicamentos con Receta
Plan J	Beneficios Básicos más Deducible de la Parte A, Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos, Deducible de la Parte B, Cargos Excedentes de la Parte B (100%), Emergencia Durante Viaje al Extranjero, Recuperación en Casa, Beneficio Amplio de Medicamentos con Receta, Atención Preventiva

>>Beneficios

>>>Beneficios Básicos:

<1. Hospitalización> La Parte A de Medicare (que es un seguro hospitalario) cubre los primeros 60 días de una hospitalización. Usted paga un coseguro diario a partir del día 61 y hasta el 150 de una estancia en el hospital. (Si necesita más de 90 días de hospitalización, necesitará utilizar “días de reserva”; Medicare permite 60 días de reserva a lo largo de la vida de una persona [vea las págs. 86–87]). El beneficio de hospitalización de Medigap paga la cantidad del coseguro para los días 61 al 150 y cubre otros 365 días de hospitalización durante la vida de una persona.

<2. Sangre> Si usted tiene una necesidad médica de sangre, Medicare pagará toda la sangre a excepción de las tres primeras pintas en cada año calendario. Este beneficio de Medigap paga las tres primeras pintas que Medicare no cubre.

<3. Gastos Médicos> Por cada servicio o insumo de salud facturado por un proveedor de servicios de salud cuando usted no está hospitalizado, la Parte B de Medicare (que es un seguro médico fuera de hospital) cubre el 80% de la cantidad “aprobada por Medicare”. El beneficio de Gastos Médicos de Medigap paga el restante 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no cantidades que excedan aquellas aprobadas por Medicare. Vea la pág. 89 para una explicación sobre “cargos excedentes.”

>>>Otros Beneficios:

<4. Deducible de la Parte A> Este no es un deducible anual. Si usted está hospitalizado, debe pagar un deducible (\$792 en 2001) por su estancia de hospital. Este beneficio de Medigap paga ese deducible.

<5. Coseguro de Atención en Hogar Especializado de Atención a Enfermos> Si usted ingresa a un hogar especializado de atención a enfermos después de una estancia de hospital de tres días consecutivos o más (no incluyendo el día en que sale del hospital), la Parte A de Medicare pagará los primeros 20 días de su atención si requiere diariamente de atención especializada. Para el día 21 al día 100 en el hogar especializado, usted debe pagar el coseguro (\$99/día en 2001) por cada día que Medicare siga cubriendo su estancia a menos que tenga este beneficio de Medigap.

<6. Deducible de la Parte B> Para los gastos médicos fuera de hospital de cada año, usted debe pagar un deducible anual (\$100 en 2001) antes de que Medicare empiece a pagar. Si usted tiene el beneficio de Medigap Deducible de la Parte B, se le reembolsará el monto del deducible.

<7. Cargos Excedentes de la Parte B> Por cada servicio de salud como paciente externo que usted reciba, la Parte B de Medicare pagará el 80% de la cantidad aprobada por Medicare cobrada por su proveedor de servicios de salud. El beneficio básico de gastos médicos (ver arriba) pagará la diferencia entre lo que el doctor cobre y lo que Medicare cubre si su médico acepta “asignaciones de Medicare” y factura únicamente la cantidad aprobada por Medicare. Muchos médicos no aceptan asignaciones de Medicare y cobran más (pueden llegar a cobrar hasta 15% más que la cantidad aprobada por Medicare). El beneficio de Medigap Cargos Excedentes de la Parte B paga una parte o la totalidad de la diferencia entre lo que Medicare cubre y lo que cobra un médico que no acepta asignaciones de Medicare. Con el beneficio de Cargos Excedentes de la Parte B (100%), usted no paga nada. Con el beneficio de Cargos Excedentes de la Parte B (80%), usted

paga el 20% de la diferencia entre lo que cobre su doctor y la cantidad aprobada por Medicare. (Este beneficio no aplica a cargos bajo un contrato privado con un médico que no acepte Medicare. Vea la pág. 89.)

<8. Emergencia Durante Viaje al Extranjero> Medicare no cubre la atención que usted obtenga fuera de Estados Unidos. Con el beneficio de Emergencia Durante Viaje al Extranjero, usted paga un deducible de \$250 dólares y su plan de Medigap cubre el 80% de los costos de atención médica durante los primeros 60 días de viaje fuera de Estados Unidos. (Usted puede obtener un beneficio similar de una póliza de seguro de viaje, pero esa cobertura médica pudiera no ser tan buena como Medigap.)

<9. Recuperación en Casa> Si usted se está recuperando de una enfermedad seria, el beneficio de Medicare de Atención Médica en Casa cubrirá algunas de las visitas por un proveedor de servicios de salud capacitado, como por ejemplo una enfermera. Medicare no pagará si lo único que usted necesita es atención custodial, como por ejemplo ayuda con labores del hogar (lavar la ropa, ir de compras, etc.) o cuidados personales (vestirse, ducharse, etc.). Si la atención custodial es médicamente necesaria mientras usted se está recuperando de una cirugía o una enfermedad o lesión seria, el beneficio de Recuperación en Casa pagará hasta \$40 dólares por visita. El número de visitas puede ser limitado, pero puede agotarse hasta ocho semanas después de su última visita para Atención Médica en Casa de Medicare. Este no es un beneficio de atención a largo plazo.

<10. Beneficio de Medicamentos con Receta > Medicare actualmente no paga la mayoría de los medicamentos con receta para pacientes externos. Con este beneficio de Medigap, usted paga un deducible anual de \$250 dólares y Medigap cubre la mitad de sus costos de medicamentos con receta para pacientes externos. El límite anual de cobertura es de \$1,250 dólares para el beneficio básico y \$3,000 para el beneficio amplio.

<11. Atención Preventiva> Medicare cubre algunos, pero no todos, los análisis de diagnóstico. El Beneficio de Atención Preventiva de Medigap paga hasta \$120 dólares cada año para un examen físico regular, educación del paciente, análisis de detección y algunos otros análisis, así como otra atención médica preventiva no cubierta por Medicare.

El seguro Medigap no cubre atención dental ni de la vista, aparatos auditivos, atención de enfermeras privadas, medicamentos con receta sin límite, ni atención a largo plazo. Vea las págs. 77–79 para mayor información sobre el seguro de atención a largo plazo.

Tanto el Plan F como el Plan J pueden adquirirse con un alto deducible anual. El comprador paga los primeros \$1,580 (en 2001) en gastos cubiertos cada año. Luego cada plan paga sus beneficios usuales para todos los costos cubiertos restantes incurridos en el mismo año. El monto del deducible se incrementa cada año. Se prevé que estos planes de Medigap tendrán primas más bajas.

>>Medicare Select

Puede obtener cobertura Medigap en la forma del plan Medicare Select, que es igual que un plan Medigap regular, sólo que Medicare Select requiere que usted utilice a médicos y hospitales específicos (a menos que tenga una emergencia). Debido a que su elección de

proveedores es limitada, los planes de Medicare Select usualmente tienen primas más bajas.

>>Exclusiones para Condiciones Preexistentes

Las aseguradoras Medigap pueden excluir cobertura para condiciones preexistentes por un máximo de seis meses, aún cuando usted presente su solicitud durante el periodo de suscripción abierta. Una condición preexistente es una condición de salud para la cual usted recibió asesoría o tratamiento médico en los seis meses anteriores al inicio de su cobertura Medigap. Algunas aseguradoras no tienen esta exclusión, y algunas la aplican por menos de seis meses. Si usted tiene una condición preexistente, busque un plan que no tenga la exclusión. Si usted tenía otra cobertura de salud antes de suscribirse a un plan Medigap, la exclusión debe ser acortada por cada mes que usted tuviera cobertura con otro seguro médico, y puede eliminarse por completo.

>>Cuándo Tiene Derecho a Comprar Seguro Medigap

>>>Comprar Medigap Durante el Periodo de Suscripción Abierta

Para personas que obtienen Medicare cuando cumplen 65 años, existe un periodo de “suscripción abierta” de seis meses en el que pueden comprar cualquiera de los 10 planes estándar de Medigap, sin importar su estado de salud. El periodo de seis meses de suscripción abierta inicia el primer día del mes en el que usted (1) tenga 65 años o más y (2) esté suscrito a la Parte B de Medicare.

Para personas de 65 años o más, el periodo de suscripción abierta de seis meses también puede empezar al mudarse fuera del área geográfica de su plan Medigap, cuando su cobertura de salud termine debido al cierre de una base militar, o cuando termine el plan de salud patrocinado por su patrón (por su empleo o jubilación o el de su cónyuge). Cuando termine la cobertura de salud patrocinada por el patrón, el periodo de suscripción abierta de seis meses corre a partir del día en que se le notifique de que el plan de salud va a terminar; si no se le notifica por anticipado, el periodo de seis meses corre a partir del día en que el plan termine.

Si usted tiene una discapacidad y obtiene Medicare antes de cumplir 65 años, su periodo de suscripción abierta de seis meses empieza con su elegibilidad para la Parte B de Medicare (excepto para aquellos con Enfermedad Renal en Etapa Final) bajo una nueva Ley de California. Durante este periodo de suscripción abierta, usted sólo puede elegir los Planes A, B, C, F, y H. (Las aseguradoras pueden sustituir otro plan que incluya cobertura de medicamentos con receta si no venden el Plan H pero venden el I o el J.) Bajo la ley federal, usted obtiene un segundo periodo de seis meses de suscripción abierta, que inicia en su cumpleaños número 65, en el que puede seleccionar de entre los 10 planes. Esto significa que, a los 65 años, usted tiene más planes de dónde elegir, y, si ya tiene un plan Medigap, puede cambiar a un plan menos costoso con los mismos beneficios.

Durante la suscripción abierta, una aseguradora no puede rechazar su solicitud o cobrarle una prima más alta debido a una condición preexistente o a sus necesidades de atención médica pasadas o presentes. Pero las compañías aseguradoras pueden cobrar primas más altas por cobertura Medigap para personas menores de 65 años que para personas mayores de 65 años.

Las personas menores de 65 años con Enfermedad Renal en Etapa Final tienen menos opciones. Pueden solicitar una póliza Medigap, pero las aseguradoras no tienen la obligación de vendérselas a menos que estén en un plan Medicare+Choice (vea la pág. 89–92) que no renueve su contrato con Medicare. Ellos califican para los Planes A, B, C, y F de cualquier aseguradora que ya venda uno de estos planes a personas menores de 65 años, pero pagarán primas mucho más altas que los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años si encuentran una aseguradora que les venda uno de estos planes.

La suscripción abierta es una importante oportunidad para obtener cobertura Medigap si usted tiene una discapacidad u otra condición de salud preexistente. Una vez que este tiempo haya pasado, una aseguradora de Medigap puede rechazar su solicitud debido a su salud.

>>>Derecho a Comprar el Seguro Medigap Fuera del Periodo de Suscripción Abierta

Fuera del periodo de suscripción abierta, existen situaciones específicas en las que usted tiene derecho a comprar el seguro Medigap, sin un examen de salud ni exclusión para una condición preexistente (vea las págs. 35–38). A éstos se les llama derechos de “emisión garantizada”. Algunos de estos derechos se limitan a personas de 65 años y más (vea la pág. 76), mientras que algunos están disponibles a cualquier persona que tenga Medicare sin importar la edad (vea la pág.75). Pero en la mayoría de estas situaciones usted sólo podrá elegir de entre cinco de los 10 planes estándar de Medigap.

A continuación aparece una lista de ocho situaciones en las cuales, sin importar la edad, usted tiene garantizados los derechos de emisión. En las situaciones 1 a la 6, usted tiene derecho a comprar los Planes de Medigap A, B, C, F, y uno de los planes con beneficio de medicamentos con receta—H, I, o J, a discreción de su aseguradora. (Una aseguradora no está obligada a vender ninguno de estos planes. Sin embargo, si la aseguradora vende el plan A, B, C, o F en California, debe ofrecer dicho plan para emisión garantizada. Si la aseguradora vende H, I, o J en California, sólo tiene obligación de ofrecer uno de ellos como emisión garantizada.) En las situaciones 2 a la 6, usted debe presentar su solicitud en un plazo no mayor de 63 días después de que sus beneficios terminen para calificar para una emisión garantizada. Pero puede solicitar en cuanto reciba el aviso de terminación de beneficios. (En una HMO de Medicare, esto debe ser 60 días antes de que terminen los beneficios.) Guarde el aviso y su sobre con el sello y fecha de la oficina de correos; con ellos podrá comprobar que usted es elegible para acceso garantizado a un plan Medigap. Si no recibió un aviso al terminar su plan, es posible que pueda utilizar la primera reclamación rechazada como evidencia de su pérdida de cobertura.

A continuación aparecen las situaciones en las que usted tiene derechos de emisión garantizada sin importar su edad:

1. Si una HMO de Medicare, plan PACE, u otro plan Medicare+Choice termina su contrato con Medicare o deja de ofrecer servicios en su área. En este caso puede presentar una solicitud 90 días antes de que terminen sus beneficios con la HMO, y hasta 123 días (63 días bajo la ley federal y otros 60 días bajo la ley estatal) después de que terminen.
2. Cuando un plan ofrecido por el patrón que complementa a Medicare (incluyendo Cobertura COBRA para personas que no eran elegibles para Medicare antes de ser cubiertas por COBRA) termina o deja de cubrir el coseguro de la Parte B.
3. Cuando usted se muda fuera del área de servicio de una HMO de Medicare u otro plan Medicare+ Choice.
4. Cuando su plan Medicare Select es finalizado de manera involuntaria.
5. Cuando la HMO de Medicare u otro plan Medicare+Choice, o alguien que representa al plan, le miente a usted sobre el plan.
6. Cuando la HMO de Medicare u otro plan Medicare+Choice viole una provisión de material del contrato del plan de salud administrada.

Además:

7. Cada año, durante 30 días después de su fecha de nacimiento puede cambiar a otra póliza Medigap que tenga los mismos o menores beneficios. Sin embargo, no puede elegir un Plan Medicare Select como póliza de reemplazo.
8. Si tenía una póliza Medigap y se suscribió a una HMO de Medicare, PACE (vea la pág. 97), o un plan Medicare Select por primera vez desde que se hizo elegible para Medicare, usted está en un “periodo de prueba” durante los primeros 12 meses de su suscripción. Si usted abandona el plan antes de que termine este periodo, puede comprar el mismo plan Medigap que abandonó, si aún se está vendiendo. Si su antiguo plan no está disponible, puede comprar el A, B, C, F, o uno de los planes con un beneficio de medicamentos con receta (H, I, o J), si uno de estos planes está disponible, en un plazo no mayor de 63 días después de que termine su cobertura. (Si el plan Medicare en el que estaba terminó su contrato con Medicare durante su periodo de prueba, usted obtendrá un segundo periodo de prueba en su nuevo plan Medicare+Choice.)

Recuerde que no necesita esperar hasta que su cobertura de salud casi termine antes de solicitar Medigap, y puede evitar interrupciones en la cobertura al solicitar anticipadamente. Si va a perder su cobertura de la HMO de Medicare y a ganar beneficios de Medigap, asegúrese de coordinar la fecha de efectividad de los nuevos beneficios con el fin de los beneficios de la HMO. Las compañías aseguradoras no están obligadas a iniciar sus beneficios hasta que termine el contrato de la HMO de Medicare, usualmente el 31 de Diciembre. La aseguradora debe ofrecerle la mejor prima para su edad.

Las personas de 65 años o más tienen derechos adicionales de emisión garantizada. Si usted tiene 65 años o más, puede comprar cualquiera de los 10 planes estándar de Medigap durante seis meses después de uno de estos eventos:

1. Su cobertura de salud patrocinada por el patrón va a terminar, incluyendo planes para jubilados o Cobertura COBRA (vea las págs. 59–65).

..Usted o su cónyuge pierde servicios de atención médica como resultado del cierre de una base militar.

..Usted se muda fuera del área geográfica cubierta por una póliza Medigap.

Además del periodo de prueba descrito en párrafos anteriores, los primeros 12 meses de su suscripción son un "periodo de prueba" si:

..Se suscribió por primera vez a una HMO de Medicare, PACE (vea la pág. 97), u otro plan Medicare+ Choice al adquirir elegibilidad para Medicare a los 65 años, o

..Si pospuso la suscripción a la Parte B de Medicare a los 65 años cuando tenía cobertura con un plan de salud de grupo ofrecido por un patrón, pero posteriormente se suscribió en una HMO de Medicare u otro plan Medicare+Choice.

En cualquiera de estos casos, si usted voluntariamente abandona el plan antes del final del periodo de prueba, puede comprar cualquiera de los 10 planes de Medigap si lo solicita en un plazo no mayor de 63 días después de que terminen sus beneficios. (Si el plan Medicare al que pertenecía terminó su contrato con Medicare durante su periodo de prueba, recuerde que puede obtener un segundo periodo de prueba en nuevo plan Medicare+Choice.)

>>Seguro Medigap de Grupo vs. Individual y Su Derecho a Renovar

Si usted obtiene un plan individual Medigap,

Si usted obtiene un plan Medigap individual, debe ser "renovable garantizado." Con un plan renovable garantizado, siempre y cuando usted pague las primas a tiempo, tiene derecho a conservar su cobertura sin cambios en los términos del plan, pero la aseguradora puede incrementar las primas.

Algunas personas tienen acceso a un plan Medigap de grupo por medio de un patrón u organización patrocinadora (como por ejemplo una asociación profesional). La cobertura en grupo con frecuencia es más barata que un plan individual, pero el grupo que contrata la póliza puede decidir terminarla. Si esto ocurre o usted pierde su membresía en el grupo, usted tiene derecho ya sea a continuar con los beneficios del plan de grupo o a convertirse a un plan estándar individual, pero sus primas pueden elevarse.

>> Razones por las Cuales Algunos Beneficiarios de Medicare Pudieran No Necesitar Seguro Medigap

Usted puede no necesitar el seguro Medigap si: (1) usted es miembro de una HMO que cubre toda la atención que usted necesitara (una póliza Medigap no pagará si ésta es su situación); (2) usted tiene un ingreso lo suficientemente bajo para calificar para asistencia gubernamental por medio de programas como por ejemplo Medi-Cal (ver la página 98) o los programas QMB o SLMB (ver la página 84); o (3) usted tiene otra cobertura de salud por medio de un patrón, antiguo patrón o sindicato.

Si usted tiene beneficios de salud ofrecidos por un patrón o sindicato, generalmente no necesita de la cobertura Medigap. Si usted está pensando en comprar Medigap, no

renuncie a su otra cobertura de salud sin primero verificar con HICAP. Si usted abandona la cobertura con la que cuenta por medio de un patrón o sindicato, es posible que no la pueda recuperar.

Si usted tiene seguro Medigap y está pensando en unirse a una HMO de Medicare, considere conservar su plan Medigap durante los primeros meses que esté en la HMO. Esto le dará la oportunidad de confirmar que la HMO es la elección correcta para usted. Una vez que deje su cobertura Medigap, es posible que no pueda regresar al mismo plan, y si usted tiene una condición de salud costosa, puede ser difícil obtener otra póliza si posteriormente decide abandonar la HMO.

>> Para Decidir si Debe Adquirir el Seguro Medigap

Esta decisión depende de su situación personal. Es aconsejable buscar asesoría gratuita con HICAP (800-434-0222). Tanto HICAP como el Departamento de Seguros (800-927-HELP (4357); 800-482-4TD [TDD]) pueden informarle sobre las protecciones al consumidor que aplican al comprar el seguro Medigap. Si una aseguradora se niega a darle cobertura cuando usted tiene derecho a comprar un plan Medigap, repórtela a HICAP y presente una queja frente al Departamento de Seguros.

{Parte III: Seguro de Atención a Largo Plazo}

> Seguro para Atención Personal

La atención a largo plazo (también llamada atención custodial o personal) consiste de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, como por ejemplo bañarse, vestirse y preparar y comer sus alimentos. Algunas personas necesitan de esta ayuda a medida que envejecen o debido a una lesión o enfermedad. La atención a largo plazo puede ser provista en el hogar o en una institución como por ejemplo una institución de atención residencial o un centro de atención diurna para adultos. Puede ser provista por familiares o por trabajadores remunerados, como por ejemplo auxiliares de enfermería. La necesidad de atención a largo plazo puede no ser permanente. Por ejemplo, una persona puede requerir de esta asistencia únicamente unos cuantos meses mientras se recupera de una caída.

Ciertos factores pueden hacer que sea más o menos probable que usted necesite de atención a largo plazo. Mientras más larga sea su vida, más probable es que la necesite. La presencia de ciertas condiciones de salud o un historial familiar de enfermedad debilitante también puede ponerle en riesgo. El hecho de que usted tenga familiares que puedan atenderle es otro factor.

Algunas personas pueden pagar por atención a largo plazo en un hogar de atención enfermos o en casa, pero los costos pueden ser muy altos. Ni Medicare (vea las págs. 83-97) ni Medigap (Suplementario de Medicare) (vea las págs. 69-77) pagan atención a largo plazo. (Medicare cubre únicamente la atención especializada a corto plazo en una

institución; la atención custodial en el hogar puede ocasionalmente ser cubierta si es proporcionada junto con atención especializada que usted necesite mientras se está recuperando de una enfermedad o lesión.) Para personas de escasos recursos, Medicare (vea las págs. 98-114) paga parte de la atención que no sea cubierta por Medicare.

Para algunas personas, el seguro de atención a largo plazo es una manera efectiva de planear y reducir los costos de la atención a largo plazo. Si puede pagar las primas, ese tipo de seguro puede ahorrarle dinero a la larga. Puede cubrir:

- .. Atención en una institución que no sea un hospital de atención aguda (por ejemplo, instituciones especializadas de atención a enfermos, o casas de atención enfermos, instituciones de cuidado residencial para ancianos, instituciones de cuidado extendido, o casas de atención personal, instituciones de atención custodial).
- .. Atención en el hogar (por ejemplo, atención médica en el hogar, cuidados de hospicio, servicios de labores del hogar, atención de reposo).
- .. Atención en la comunidad (por ejemplo, atención en instituciones de hospicio, atención diurna para adultos).

Usted puede comprar una póliza que cubra la atención en una institución, cuidados en casa (incluyendo alguna atención comunitaria, pero no atención en un hogar de atención enfermos), o ambas. Las pólizas que incluyen cobertura para la atención en casa deben incluir cuando menos seis beneficios: (1) atención médica en casa; (2) cuidados diurnos para adultos; (3) cuidados personales; (4) servicios de labores del hogar; (5) servicios de hospicio; y (6) cuidados de reposo.

El Departamento de Seguros regula a las aseguradoras que venden seguros de atención a largo plazo. El Departamento tiene una guía que explica las protecciones al consumidor disponibles para personas interesadas en seguros de atención a largo plazo. Esta guía identifica los factores que deben considerarse al elegir una póliza. Para obtener esta guía y aprender más sobre los seguros de atención a largo plazo, llame al Departamento de Seguros (Department of Insurance) al 800-927-HELP (4357) o 800-482-4TDD (TDD) o visite www.insurance.ca.gov/CSD/Ltc.htm.

La Sociedad de California para Atención a Largo Plazo (California Partnership for Long-Term Care) es un programa de salud del Departamento de Servicios de California que trabaja en cooperación con aseguradoras privadas que han acordado ofrecer pólizas de alta calidad (llamadas "pólizas de sociedad") que cumplen con estrictos requerimientos establecidos por la Sociedad y el Estado de California. Para aprender más sobre la Sociedad de California para Atención a Largo Plazo, llame a 800-CARE445 (voz/TDD) o visite www.dhs.ca.gov/cpltc.

Para ayuda gratuita para decidir si alguna póliza de seguro de atención a largo plazo es adecuada para usted, contacte al Programa de Asesoría y Defensa Sobre Seguros Médicos (HICAP). Para encontrar la oficina de HICAP más cercana, llame al 800-434-0222, o visite la página de Internet de Defensores de la Salud de California (California Health Advocates, www.cahealthadvocates.org). El Servicio de Recomendación de Abogados de

Activistas de California para la Reforma de Hogares de Atención a Enfermos (Advocates for Nursing Home Reform, 800-474-1116) pone en contacto a adultos mayores con abogados que pueden ayudarles a calificar para beneficios de atención a largo plazo y conservar sus recursos; estos servicios están disponibles por costo regular, costo reducido y sin costo, dependiendo del ingreso, recursos y el tipo de caso.

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), las primas pagadas por una póliza de atención a largo plazo que califique para impuestos cuentan como gastos médicos. Si usted desglosa los gastos médicos en su declaración fiscal federal y tiene gastos médicos totales por más del 7.5% de ingreso bruto ajustado, es posible que pueda deducir algunas o todas las primas que paga para una de estas pólizas. Además, los pagos de beneficios de seguros de atención a largo plazo de una póliza calificada generalmente se excluyen del ingreso. Consulte a un asesor fiscal para mayor información.

^Sección 3: Programas de salud pública

>Puntos Principales de la Sección

California cuenta con muchos programas que ayudan a las personas discapacitadas a obtener servicios de salud y seguros gratuitos o de bajo costo. Algunos de los recursos discutidos en esta sección incluyen:

- ..Medicare. Vea las págs. 83–97.
- ..El Programa de Descuento para Medicamentos con Receta para Beneficiarios de Medicare. Vea la pág. 97.
- ..Medi-Cal. Vea las págs. 98–114.
- ..Planes de Salud Mentales del Condado. Vea las págs. 112–14.
- ..Servicios de Apoyo en Casa. Vea las págs. 114–15.
- ..Programa para Personas con Discapacidades Genéticas. Vea la pág. 116.
- ..Centros Regionales. Vea la pág. 116–17.
- ..Early Start. Vea la pág. 117.
- ..Departamento de Rehabilitación de California y Programa de Asistencia al Cliente. Vea las págs. 117–18.
- ..Proyectos para Asistencia en la Transición de la Indigencia. Vea la pág. 118.
- ..Programa de Asistencia en Medicamentos para el SIDA. Vea la pág. 118.
- ..Healthy Families. Vea las págs. 119–20.
- ..Servicios Infantiles de California. Vea las págs. 120–21.
- ..Programa para Niños con VIH. Vea la pág. 121.

- .. Programa de Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad. Vea la pág. 122.
- .. CaliforniaKids. Vea la pág. 122.
- .. Plan de Salud Infantil Kaiser Permanente Cares for Kids. Vea la pág. 123.
- .. Distritos Escolares Locales. Vea las págs. 123–24.
- .. Programa de Acceso para Bebés y Madres (AIM). Vea la pág. 124–25.
- .. Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, & Children, WIC). Vea la pág. 125.
- .. Clínicas de Atención Médica. Vea las págs. 125–26.
- .. Programa de Servicios Médicos del Condado. Vea la pág. 126.
- .. Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama. Vea la pág. 127.
- .. Departamento de California para la Ancianidad y Dependencia del Area para la Ancianidad. Vea la pág. 127.
- .. Administración de la Salud de los Veteranos. Vea la pág. 127.

Esta sección también incluye:

- .. Equipo Médico Duradero y Tecnología Asistiva. Vea las págs. 127–29.
- .. Beneficios Públicos de Salud Disponibles para Inmigrantes. Vea las págs. 129–32.
- .. Transporte. Vea las págs. 132–33.

Cada uno de los programas que aparecen a continuación tienen diferentes beneficios y diferentes maneras de decidir quién califica para estos beneficios. Para muchos (pero no para todos) los programas que aquí se discuten, la elegibilidad depende del ingreso, el cual usualmente se mide de acuerdo con los niveles federales de pobreza (también llamados “lineamientos federales de pobreza”). Por ejemplo, algunos programas ofrecen beneficios si su ingreso es de 200% el nivel federal de pobreza o menos. En 2001, el nivel federal de pobreza para una familia de cuatro era de \$17,650. Para actuales niveles federales de pobreza, visite <http://aspe.os.dhhs.gov/poverty/poverty.htm>. Algunos programas también consideran los bienes que usted tenga para determinar si califica.

Los requerimientos de elegibilidad cambian con el tiempo por lo que es recomendable asegurarse de tener la información actualizada. Si necesita la asistencia provista por los programas descritos a continuación, no asuma que su ingreso es demasiado alto si existe alguna posibilidad de que usted califique. Cada programa calcula el ingreso y los bienes de manera diferente; en muchos casos, ciertos tipos de ingreso y bienes no cuentan. De hecho, dos de los programas de renuncia a Medi-Cal (vea las págs. 104–106) no toman en cuenta el ingreso familiar al analizar la elegibilidad.

La información que aparece a continuación es tan sólo una introducción. Investigue más si usted piensa que debería estar recibiendo beneficios de uno o más de estos programas.

{Los dos programas de beneficios públicos de salud más grandes en los que se apoyan muchas personas discapacitadas son Medicare y Medi-Cal:}

>Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más y para algunas personas discapacitadas más jóvenes o con Enfermedad Renal en Etapa Final (insuficiencia permanente de los riñones que es tratada por medio de diálisis o transplante). Aunque la elegibilidad para Medicare con frecuencia depende del historial laboral de una persona, en ocasiones es posible calificar por medio del historial laboral de un cónyuge o padre / madre.

Medicare tiene dos partes principales: Parte A, que es el seguro hospitalario, y Parte B, que es el seguro médico. El programa Medicare+Choice, descrito a continuación, también se conoce como Parte C. Medicare no tiene requerimientos de ingresos o bienes, pero sí tiene costos. Aunque la Parte A es libre de primas para muchas personas, la Parte B viene con una prima mensual. Las cantidades de la prima y el deducible cambian año con año.

>>Ayuda con los Costos de Medicare

Algunas personas califican tanto para Medicare como para Medi-Cal, en cuyo caso Medi-Cal se encarga de los costos de la atención médicamente necesaria no cubiertos por Medicare. Algunas personas son elegibles para una forma particular de beneficio de Medi-Cal que les ayuda a pagar las primas, deducibles, y/o coseguro de Medicare.

Si usted tiene ingreso y bienes limitados, el Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o el Programa de Beneficiario Medicare con Bajo Ingreso Especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) pueden ayudar. Usted puede calificar para los programas QMB y SLMB y también calificar para otro programa Medi-Cal. El programa QMB (para personas con ingreso contable por debajo del 100% del nivel federal de pobreza) paga las primas, deducibles, y coseguro de la Parte B de Medicare. QMB también paga las primas de la Parte A para personas que no son elegibles para una Parte A gratuita pero que eligen pagar la Parte A. El Programa SLMB (para personas con ingreso contable por debajo del 120% del nivel federal de pobreza) paga sólo sus primas de la Parte B.

Las personas de menos de 65 años, discapacitadas y que ya no son elegibles para una Parte A gratuita debido a que han regresado a trabajar, pueden calificar para el programa de Personas Discapacitadas Calificadas que Trabajan, que les ayuda a pagar la prima mensual de la Parte A de Medicare. Para calificar para este programa, usted debe (1) seguir teniendo una condición discapacitante, (2) ser elegible para Medicare bajo un programa de incentivo del trabajo e suscribirse para la Parte A, (3) tener un limitado ingreso (ingreso percibido contable por debajo del 200% del nivel federal de pobreza) y bienes (algunos bienes importantes no se cuentan), y (4) no calificar para ningún otro programa Medi-Cal.

Los programas de Personas Calificadas (QI-1 y QI-2) pagan la totalidad o una porción de las primas de la Parte B para algunas personas con bajos ingresos. Los programas QI-1 (para personas con ingreso contable entre 120% y 135% del nivel federal de pobreza) y QI-2 (para personas con ingreso contable entre 135% y 175% del nivel federal de

pobreza) actualmente proporcionan cobertura en orden de llegada siempre y cuando los programas tengan dinero.

Para investigar si usted califica para uno de estos programas, contacte a Medi-Cal o a su oficina local de servicios sociales o bienestar. Si usted está en uno de estos programas, revise si está limitado a los proveedores que aceptan Medi-Cal.

>>Lo Que No Está Cubierto

Medicare no cubre todos sus gastos de salud. No ayuda a pagar:

- ..La mayoría de los medicamentos con receta (algunas, como por ejemplo inmunosupresores y medicamentos orales anticáncer, sí se cubren);
- ..Atención a largo plazo y la mayoría de los cuidados en hogar de atención a enfermos;
- ..Atención custodial (ayuda con actividades de la vida diaria como por ejemplo bañarse, vestirse, o comer) que pueda ser provista de manera segura por alguien sin conocimientos médicos (pero cierta atención custodial en el hogar puede ser cubierta si también necesita atención especializada mientras se está recuperando de una enfermedad o lesión o en relación con cuidados de hospicio);
- ..Revisiones físicas rutinarias y análisis relacionados (a excepción de algunas mamografías, pruebas de Papanicolau, revisiones pélvicas y detección de cáncer de próstata y colorectal; los procedimientos de medición de huesos son cubiertos para ciertas personas con alto riesgo para osteoporosis);
- ..La mayoría de las vacunas (excepto la de la influenza y neumonía y, en algunos casos, las inyecciones para Hepatitis B);
- ..Insulina o jeringas (pero los monitores de glucosa, tiras de análisis, lancetas, dispositivos operados con resorte para lancetas y las soluciones de control de glucosa están cubiertos para personas con diabetes; es posible que también se proporcione cobertura para capacitación de el automanejo de la diabetes);
- ..Atención dental incluyendo dentaduras postizas (el tratamiento de dientes y encías puede estar cubierto si se relaciona con una condición médica subyacente; los cargos de hospital y doctor pueden estar cubiertos para pacientes cuyas condiciones médicas requieren de hospitalización para la atención dental; Medicare cubrirá la cirugía médicamente necesaria relacionada con la mandíbula);
- ..Cuidado rutinario de los pies y calzado ortopédico (hay excepciones; puede haber cobertura para calzado especial y algunos otros cuidados de los pies para personas con diabetes);
- ..Cirugía cosmética;
- ..Exámenes rutinarios de la vista y para aparatos auditivos, lentes, y aparatos auditivos (Medicare pagará un par de lentes con un lente intraocular posterior a la cirugía para cataratas);
- ..Acupuntura;

- ..Ciertos servicios o artículos médicos que se consideran experimentales;
- ..Servicios de salud en otro país (con algunas excepciones limitadas).

Algunos de los servicios y artículos no cubiertos por Medicare pueden ser incluidos como beneficios suplementarios si usted está en una HMO de Medicare (vea la pág. 89). Una póliza de seguro Medigap le ayudará a pagar algunos de los costos médicos no cubiertos por Medicare (vea las págs. 69–77).

>>Suscribirse a Medicare

Usted debe suscribirse automáticamente a Medicare Partes A y B si (1) ha estado recibiendo Seguro por Discapacidad con el Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) durante 24 meses o (2) cumple 65 años y recibe beneficios de jubilación del ferrocarril o del Seguro Social. Aproximadamente tres meses antes de que usted cumpla 65 años (o en su 24to. mes de SSDI), debe recibir un Paquete de Suscripción Inicial con una tarjeta de Medicare. Entonces podrá decidir si quiere las Partes A y B o sólo la Parte A. Siga las instrucciones que vienen con el Paquete.

Si usted está cerca de los 65 años pero aún no recibe beneficios del Seguro Social o Medicare, puede solicitar ambos al mismo tiempo. Solicite al principio de su Periodo de Suscripción Inicial de siete meses (tres meses antes del mes en que cumplirá 65 años) para evitar una demora en el inicio de su cobertura de la Parte B de Medicare. Si espera hasta cumplir 65 años o se encuentra en los últimos tres meses de su Periodo de Suscripción Inicial, el inicio de su cobertura de la Parte B puede demorarse.

Necesitará solicitar Medicare si (1) no está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social o el ferrocarril, (2) tiene Enfermedad Renal en Etapa Final, (3) rechazó la Parte B cuando se hizo acreedor a ella, o (4) tenía la Parte B y la abandonó. Para suscribirse, contacte a la Administración de Seguridad Social (800-772-1213; www.ssa.gov) o a su oficina local de Seguridad Social.

>>Si Califica para Medicare pero Tiene Otras Opciones de Seguro

Si usted tiene 65 años o más y trabaja, o su cónyuge trabaja, para un patrón con un mínimo de 20 empleados, el patrón debe ofrecerle a usted la misma cobertura de plan de salud de grupo que ofrece a los empleados de menor edad. Estos patrones no pueden usar el seguro suplementario Medicare para sustituir la cobertura total de salud de grupo. Si usted tiene menos de 65 años, tiene Medicare debido a una discapacidad, y trabaja, o su cónyuge trabaja, para un patrón con un mínimo de 100 empleados, el patrón debe ofrecerle a usted la misma cobertura de salud de grupo que ofrece a los otros empleados y sus cónyuges.

El tener acceso a un plan de salud de grupo (por medio de un cónyuge o un patrón actual o anterior) u otro seguro médico privado puede afectar la manera en que usted utiliza el Medicare, particularmente si se suscribe a la Parte B, ya sea que compre el seguro Medigap (vea las págs. 69–77), conserve su otro seguro, y cuál fuente de cobertura paga primero. Estos son asuntos complicados; puede obtener ayuda gratuita con dichos aspectos del Programa de Asesoría y Defensa para Seguros Médicos (Health Insurance

Counseling and Advocacy Program, HICAP). Llame al 800-434-0222 para encontrar la oficina de HICAP en su condado, o visite la página de California Health Advocates en Internet (www.cahealthadvocates.org).

>>Parte A

Esta parte de Medicare le ayuda a pagar la atención durante hospitalizaciones (incluyendo pruebas y análisis de laboratorio, medicamentos y material biológico, suministros, aparatos y equipo), atención en un hogar especializado de atención médica a enfermos después de una estancia en hospital (la Parte B cubre la atención médica en el hogar que no sigue a una estancia en hospital y la atención médica en el hogar que involucra más de 100 visitas en un año), y cuidados de hospicio.

A excepción de la atención médica en casa, un “periodo de beneficio” mide su uso de los servicios. Un periodo de beneficio empieza en el día en que usted ingresa al hospital y termina cuando usted ha estado fuera del hospital o alguna otra institución (o no ha recibido atención especializada en una institución) durante 60 días continuos.

<Costos de Hospital> Después de que usted paga el deducible, la Parte A cubre todos los costos de hospital médicamente necesarios durante los primeros 60 días de hospitalización. Medicare no paga cargos por televisor o teléfono o por un cuarto privado a menos que sea médicamente necesario. Para los días 61 al 90, usted paga una cantidad diaria de coseguro y Medicare paga el resto de sus servicios cubiertos. Si usted necesita más de 90 días de atención como paciente internado en el mismo periodo de beneficio, puede usar “días de reserva,” durante los cuales usted paga el coseguro diario y Medicare paga los servicios cubiertos. Usted solo cuenta con 60 “días de reserva” en su vida.

En 2001, el deducible de hospital de la Parte A de Medicare hospital era de \$792 dólares por periodo de beneficio, \$198 por día desde el día 61 hasta el 90 de una estancia en el hospital, y \$396 por día de reserva.

<Costos de Hogar Especializado de Atención a Enfermos> Si, después de una estancia en el hospital, usted necesita de atención especializada o rehabilitación como paciente internado y satisface ciertas condiciones, la Parte A puede ayudar a pagar por hasta 100 días (por periodo de beneficio) en una institución participante siempre y cuando un doctor certifique que usted necesita y se beneficiará de la atención especializada. Durante los primeros 20 días, Medicare paga todos los costos cubiertos; durante los siguientes 80 días, usted paga una cantidad diaria de coseguro (\$99 por día en 2001). Este es el único tipo de cuidados en hogar de atención a enfermos que Medicare ayuda a cubrir (pero Medi-Cal puede pagar por atención custodial en un hogar de atención a enfermos).

<Atención Médica Especializada en Casa> Si usted satisface ciertas condiciones, la Parte A le ayuda a pagar el costo aprobado de las visitas de atención médica en casa (por hasta 100 visitas) de una agencia participante y después de una estancia en el hospital de cuando menos tres días consecutivos (sin contar el día en que se le dé de alta). Los

servicios de medio tiempo o intermitentes de auxiliares de salud en casa; servicios médicos sociales; terapia física, del lenguaje y ocupacional; insumos y equipo médico; así como equipo médico duradero (DME), como por ejemplo sillas de ruedas y camas de hospital, serán cubiertos si son médicamente necesarios y los ordena un doctor. Alguna atención custodial puede ser provista junto con esta atención especializada. Para DME, usted paga un copago del 20%.

<Cuidados de Hospicio> La Parte A ayuda a pagar (por un máximo de dos periodos de beneficios de 90 días, y un periodo de beneficio de 30 días, y una ampliación de un tiempo indefinido cuando el paciente esté terminalmente enfermo) servicios de alivio del dolor y otros servicios de apoyo para personas con Medicare terminalmente enfermas si la atención proviene de un hospicio certificado por Medicare y se cumplen ciertas condiciones.

< Elegibilidad y Primas de la Parte A > Generalmente puede obtener la Parte A de Medicare de manera gratuita si tiene 65 años o más y:

- .. Recibe beneficios de jubilación del Seguro Social o ferrocarril debido a su empleo o por el historial de trabajo de su cónyuge o ex-cónyuge;
- .. No recibe beneficios de jubilación del Seguro Social o ferrocarril pero ha trabajado suficiente tiempo (40 trimestres, que el equivalente a 10 años) para calificar para ellos;
- .. Usted califica para beneficios del Seguro Social debido al historial de trabajo de su cónyuge o ex-cónyuge, siempre y cuando el cónyuge/ex-cónyuge tenga cuando menos 62 años de edad; o
- .. Usted ha trabajado suficiente tiempo (40 trimestres) en un empleo de gobierno para calificar para Medicare.

La Parte A también es gratuita para las siguientes personas que tienen menos de 65 años:

- .. Personas discapacitadas que han estado recibiendo pagos de SSDI (Seguro por Discapacidad del Seguro Social) durante 24 meses.
- .. Personas discapacitadas que han trabajado suficiente tiempo (40 trimestres) en un empleo de gobierno para calificar para SSDI.
- .. Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final que han trabajado suficiente tiempo para calificar o que tienen un cónyuge o padre o madre que ha trabajado suficiente tiempo.
- .. Viudas, viudos e hijos discapacitados (después de un periodo calificador de 24 meses).

Si usted tiene más de 65 años pero no califica para la Parte A gratuita (ver arriba), usted puede obtener la Parte A pagando una prima mensual (\$300/mes en 2001). El programa de Personas Calificadas Discapacitadas y que Trabajan paga primas para personas discapacitadas elegibles menores de 65 años y que ya no pueden recibir la Parte A gratuitamente (vea la pág. 84).

>>Parte B

Esta parte de Medicare es el seguro médico que ayuda a pagar la atención de hospital, clínica y doctor para pacientes externos; atención de emergencia; servicios de ambulancia (cuando otro transporte pondría en peligro su salud); atención médica en casa no cubierta bajo la Parte A; extremidades y ojos artificiales; tratamiento para degeneración macular; prótesis; calzado especial para personas con diabetes; atención quiropráctica limitada (para tratamiento de subluxación de la columna vertebral); diálisis renal; trasplantes renales y algunos otros trasplantes; atención médica mental; rayos x y algunas otras pruebas diagnósticas; y ciertos otros servicios e insumos médicos no cubiertos por la Parte A.

La Parte B ayuda a pagar equipo médico duradero (DME) si es médicamente necesario y un doctor lo receta para ser utilizado en casa. El DME incluye artículos como por ejemplo sillas de ruedas; equipo de oxígeno; aparatos para brazos, piernas, espalda o cuello; prótesis de seno posteriores a la mastectomía; un par de lentes con un lente intraocular después de cirugía de cataratas; e insumos médicos tales como vendas, férulas y bolsas de ostomía.

<Elegibilidad para la Parte B > Si usted califica para la Parte A libre de primas, puede calificar automáticamente para la Parte B. Si no toma la Parte B al ser elegible por primera vez, puede suscribirse durante un periodo general de suscripción (1° de Enero al 31 de Marzo de cada año) y tendrá cobertura de la Parte B a partir del 1° de Julio de ese año, pero sus primas serán más altas. Existe suscripción especial (sin el incremento de primas) disponible en algunas circunstancias (por ejemplo, si usted se suscribe a la Parte B mientras está cubierto bajo un plan de grupo; si se suscribe en un plazo no mayor de ocho meses después del final de la cobertura del plan de salud de grupo patrocinado por su patrón o de terminar su empleo, lo que ocurra primero), y no hay incremento de prima si usted desarrolla Enfermedad Renal en Etapa Final después de los 65 años.

Una persona que no es elegible para Medicare puede comprar la Parte B cuando cumple 65 años si es ciudadano o residente permanente y ha estado en los Estados Unidos continuamente durante los últimos cinco años. Usted paga las primas (\$50/mes en 2001) y un deducible por la Parte B, a menos que otra fuente (como Medi-Cal) las pague.

<Costos de la Parte B > Después de pagar el deducible (\$100 por año en 2001), Medicare usualmente paga 80% de los cargos que haya aprobado para servicios cubiertos (para atención médica mental para pacientes externos, Medicare paga sólo el 50%). Algunos proveedores de servicios de salud aceptan “asignaciones” de Medicare—le facturan a Medicare y aceptan su “cargo permisible” más su copago del 20%. Si su doctor no acepta asignaciones, usted paga la cuenta completa y Medicare le reembolsa a usted su parte únicamente (80% del cargo permisible aprobado por Medicare). La asignación debe ser aceptada para servicios de laboratorio clínico cubiertos por Medicare o si usted tiene un ingreso bajo y Medi-Cal paga su coseguro de Medicare.

Usted paga más si su doctor no acepta asignaciones, pero la cuenta no puede ser mayor que el “cargo límite” que es el 15% sobre la cantidad aprobada por Medicare. La

diferencia entre lo que cobra su doctor y la cantidad aprobada por Medicare se conoce como “cargo excedente.” El cargo límite no aplica si usted tiene un contrato privado con el doctor y para ciertos artículos como por ejemplo equipo médico duradero, vacunas, medicamentos antináuseas, y servicios de ambulancia.

>>Proveedores Que No Aceptan Medicare

Un proveedor de servicios de salud que no ha facturado a Medicare por ningún servicio o insumo provisto a beneficiarios de Medicare en cuando menos dos años no es parte del programa Medicare. Usted puede hacer un contrato privado con dichos proveedores, pero Medicare no pagará por los servicios que usted reciba (tampoco lo hará una HMO de Medicare o una póliza de Medigap). Si usted elige hacer esto, tendrá que pagar lo que cobre el proveedor, y no hay límite para lo que puede cobrar. Si su proveedor es parte del programa Medicare y usted quiere recibir y pagar servicios que Medicare no cubre, su proveedor no tiene que salir del programa Medicare o pedirle a usted que firme un contrato privado.

>>Medicare+Choice (Parte C) y HMOs de Medicare

Muchos beneficiarios de Medicare usan el programa original de Medicare “pago por servicio”, que involucra los costos y beneficios descritos con anterioridad. Medicare+Choice tiene diferentes opciones para recibir y pagar servicios de salud cubiertos por Medicare. La alternativa más común al Medicare de pago por servicio tradicional es una HMO de Medicare. (Las cuentas de ahorro médico y opciones privadas de pago por servicio pueden estar disponibles en el futuro.) Una HMO de Medicare debe ofrecer todos los beneficios cubiertos por Medicare.

Con pago por servicio, usted elige a sus doctores y hospitales. Medicare decide cuál es un pago razonable por los servicios cubiertos y usted paga un porcentaje (en la mayoría de los casos el 80%) de dicho pago al necesitar atención. Usted paga deducibles y coseguro. Con pago por servicio, es posible que usted desee que el seguro Medigap (vea las págs. 69–77) le ayude a pagar algunos de los gastos no pagados por Medicare (a menos que Medi-Cal le ayude a pagar esos gastos). Sin el seguro Medigap, los desembolsos pueden ser altos.

Las HMOs de Medicare celebran contratos con el gobierno federal para ofrecer servicios de salud para personas con Medicare. Por cada suscriptor, la HMO generalmente recibe un pago mensual fijo de parte del gobierno, sin importar los costos individuales de salud. Usted paga las primas de la Parte B y cualquier otra prima adicional que cobre la HMO.

Algunas personas tienen tanto Medicare como Medi-Cal (ver a continuación); a estas personas con frecuencia se les llama “de elegibilidad dual” o “Medi-Medi.” Si usted tiene elegibilidad dual, Medi-Cal pagará las primas de su HMO de Medicare primas si (1) usted tiene tanto Medicare como Medi-Cal, (2) su HMO cobra una prima, y (3) la HMO cubre medicamentos con receta (incluyendo algunos con marcas comerciales). Para mayores informes, contacte a su oficina Medi-Cal del condado o al Departamento de Servicios de Salud (Health Services Department, 916-445-4171; 916-657-2861 [TDD]). Medi-Cal también paga copagos de HMO.

Las HMO de Medicare deben incluir todos los beneficios cubiertos de Medicare. También pueden ofrecer beneficios adicionales (“suplementarios”) no cubiertos por el pago por servicio tradicional de Medicare. Los beneficios suplementarios típicos de una HMO de Medicare son cobertura de medicamentos con receta, atención de la vista y atención preventiva. Si usted está en una HMO, no necesita del seguro Medigap, el cual puede ser costoso. Las HMOs usualmente requieren de un copago para la mayoría de los servicios.

Con una HMO de Medicare, su elección de médicos y hospitales generalmente se limita a proveedores de la HMO. (Algunos planes le permiten atenderse con médicos fuera de la red, pero usted paga más por esta opción.) Usted selecciona un médico de atención primaria que, junto con la HMO, decide qué atención necesitará usted. En la mayoría de los casos, necesitará de una referencia para ver a un especialista. Si la HMO no tiene un doctor de la red que pueda darle el servicio cubierto por Medicare que usted necesite, la HMO debe hacer los arreglos y pagar para que usted reciba el tratamiento con un doctor fuera del plan. A menos que usted tenga una emergencia o necesite urgentemente de atención mientras se encuentra fuera del área de servicio de la HMO, los servicios generalmente no serán cubiertos sin la previa autorización de la HMO.

<Ventajas y Desventajas de las HMO de Medicare> En lo que respecta a las ventajas, de una HMO:

- ..Usted tiene probabilidades de recibir beneficios adicionales como por ejemplo cobertura para medicamentos con receta y atención de la vista.
- ..Es más fácil predecir los desembolsos, los cuales deben ser relativamente bajos si utiliza proveedores dentro de la red.
- ..Las primas de una HMO son usualmente menores que las primas del seguro Medigap.
- ..Usted tiene más probabilidades de recibir atención preventiva.
- ..Puede tener menos papeleo.
- ..Su atención será coordinada por su médico de atención primaria.

En lo referente a las desventajas:

- ..Su elección de proveedores es limitada. Si su actual doctor no es parte de la HMO, deberá elegir otro.
- ..Necesita referencias para ver a los especialistas.
- ..La cobertura fuera del área de servicio de la HMO es limitada.
- ..Puede tomar hasta 30 días dar de baja su suscripción (durante ese tiempo, usted debe seguir acudiendo a la HMO para recibir atención).
- ..Las HMOs tienen un incentivo financiero para limitar los servicios. (Puede preguntar a la HMO cómo les paga a sus doctores.)
- ..Una HMO puede dejar de ser un proveedor de Medicare. Muchas han estado haciendo esto. Si esto ocurre, puede regresar al Medicare tradicional de pago por servicio, pero

puede perder a sus doctores y sus opciones para el seguro Medigap pueden ser limitadas. Si su HMO se retira del programa de Medicare, puede afectarle mucho a usted. (Si esto le ocurre, vea las págs. 73–76 sobre sus opciones de Medigap.)

Sea precavido al decidir si elegirá una HMO para su Medicare. Antes de suscribirse, verifique la cobertura (como por ejemplo beneficios, limitaciones, y exclusiones) y determine si otros miembros de la HMO están satisfechos con la atención que reciben.

<Entrar a una HMO de Medicare> Para entrar a una HMO de Medicare, debe tener las Partes A y B y vivir en un área de servicio participante de la HMO. Fuera de personas con Enfermedad Renal en Etapa Final, las HMOs de Medicare deben aceptar a cualquier persona que tenga Medicare, sin importar su edad y su salud, y no pueden excluir la cobertura para condiciones preexistentes. (No se le puede obligar a salir de la HMO de Medicare si usted desarrolla Enfermedad Renal en Etapa Final después de haberse suscrito. Si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Final y estaba suscrito en un plan Medicare+Choice que terminó en o después del 1° de Enero de 1998, tiene derecho a suscribirse a otro plan Medicare+Choice a más tardar el 31 de Diciembre de 2001.) Llame al 800-633-4227 o al 877-486-2048 (TTY) o visite www.medicare.gov para determinar cuál plan Medicare+Choice está disponible donde usted vive.

Algunas HMOs de Medicare están cerradas a nuevos suscriptores. Aún cuando una HMO de Medicare no esté aceptando nuevos suscriptores, usted sigue teniendo derecho a entrar si se acaba de suscribir a Medicare o se va a mudar al área de servicio de la HMO. Las HMOs de Medicare deben ofrecer un periodo de suscripción abierta cada Noviembre.

La suscripción entra en vigor el primer día del mes siguiente a la presentación de la suscripción. Cuando inicia su cobertura de HMO, debe usar a los doctores y hospitales que tienen contrato con dicha HMO. Si usted tiene seguro Medigap y entra a una HMO, considere conservar su seguro Medigap hasta que esté seguro de que estará a gusto con la HMO. Una vez que dé de baja su póliza Medigap, sus opciones de Medigap pueden ser limitadas (vea las págs. 73–76).

Al inicio de cada año calendario, las HMOs de Medicare pueden cambiar sus beneficios, primas, copagos, y las áreas geográficas que sirven, pero deben notificar a sus miembros en el otoño si planean hacer cambios el siguiente año.

<Abandonar una HMO de Medicare> Puede dar de baja su suscripción de una HMO y cambiar a otra o a Medicare de pago por servicio en cualquier momento en el 2001. En el 2002, puede cambiar su suscripción en cualquier momento entre el 1° de Enero y el 30 de Junio. Si su elegibilidad para Medicare inicia durante el 2002, y usted se suscribe a un plan Medicare+Choice, puede cambiar su selección una vez durante los seis meses siguientes o el 31 de Diciembre, lo que ocurra primero. A partir del 1° de Enero del 2003, y en los siguientes años, la suscripción puede cambiarse únicamente una vez durante los tres primeros meses del año. Si su elegibilidad para Medicare+Choice inicia en el 2003 y se suscribe a un plan Medicare+Choice, se le permitirá cambiar su selección una vez en los siguientes tres meses o el 31 de Diciembre, lo que ocurra primero.

A partir del 1° de Enero del 2002, una persona que se suscriba a un plan Medicare+Choice al iniciar su elegibilidad para beneficios bajo Medicare a los 65 años puede discontinuar dicha suscripción y elegir cobertura bajo Medicare de pago por servicio en cualquier momento durante el periodo de 12 meses que inicia con la fecha de efectividad de la suscripción.

Debe llenar una forma en la oficina local de Seguridad Social informar a su HMO por escrito de que quiere dar de baja su suscripción (envíe su solicitud de baja por correo certificado con acuse de recibo, para tener evidencia de que la HMO la recibió). Su baja entra en vigor el primer día del mes posterior al mes en que se haya recibido su solicitud escrita. Hasta que su baja entre en vigor, Medicare no pagará servicios que usted reciba de proveedores fuera de la red de la HMO. No puede suscribirse a más de una HMO; si entra a una nueva, automáticamente se le da de baja de la anterior HMO.

Si usted está regresando a Medicare de pago por servicio, confirme que Medicare sepa que abandonó la HMO. Es posible que quiera solicitar el seguro Medigap antes de darse de baja. Recuerde que puede ser difícil obtener una póliza Medigap si abandona su HMO, y que Medigap puede imponer una exclusión para una condición preexistente por hasta seis meses (vea las págs. 35–38, 73–76).

>>Revisión de Reclamaciones, Apelaciones y su Derecho a una Audiencia

Usted tiene derecho a ser informado por escrito antes de que su proveedor le preste un servicio que sabe o piensa que no será cubierto por Medicare. Esta notificación por escrito tiene el nombre de Aviso Anticipado al Beneficiario (Advance Beneficiary Notice, ABN); le indica cuáles artículos y servicios no pagará Medicare y por qué. Entonces deberá elegir si recibir el servicio o artículo, en el entendimiento de que es probable que usted tenga que pagar de su bolsa o lograr que otro seguro lo cubra.

<Un Hogar Especializado de Atención a Enfermos> no puede obligarle a usted a pagar nada para ser admitido a menos que sea claro que Medicare no cubrirá sus servicios. Si la institución concluye que usted no necesita del nivel de atención especializada que es cubierto por Medicare, debe informárselo de inmediato. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la institución, pídale que presente una “cuenta exigible” a Medicare para que usted pueda obtener una decisión oficial de Medicare. La institución no puede obligarle a pagar hasta que Medicare diga que no pagará por la atención.

<Si Usted Siente que Le Están Dando de Alta de un Hospital Demasiado Pronto >, pida una Notificación de No Cobertura Emitida por el Hospital y siga las instrucciones para apelar. Puede obtener una revisión inmediata por parte de la “organización interna de revisión”, la cual tiene tres días para tomar su decisión. Hasta que la organización interna de revisión emita su decisión, usted no puede ser dado de alta y puede quedarse en el hospital sin que le cobren. Este derecho también aplica si usted pertenece a una HMO de Medicare.

<Reclamaciones de la Parte A > son revisadas por un “intermediario fiscal” u “organización interna de revisión” que es una empresa que tiene contrato con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, anteriormente HCFA), la dependencia federal que supervisa a Medicare. Para apelaciones de la Parte A:

1. El primer paso es una “determinación de reconsideración.”
2. Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre su reclamación, tiene 60 días para hacer una solicitud por escrito para una audiencia ante un Juez de Ley Administrativa (ALJ) que es parte de la Administración de Seguridad Social. Para obtener esta audiencia, la cantidad de dinero involucrado debe ser cuando menos \$100 dólares si un intermediario tomó la decisión inicial (\$200 dólares si la decisión correspondió a una organización interna de revisión).
3. Si usted no está satisfecho con la decisión del ALJ, tiene 60 días para presentar una solicitud por escrito a la Junta Departamental de Apelaciones de la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration’s Departmental Appeals Board) para otra revisión.
4. Puede apelar la decisión de la Junta presentando una queja en la corte de distrito federal en un plazo no mayor de 60 días si la cantidad en cuestión es cuando menos \$1,000 dólares si un intermediario tomó la decisión inicial, o cuando menos \$2,000 si una organización interna de revisión tomó la decisión inicial sobre su reclamación.

<Reclamaciones de la Parte B > usualmente son revisadas por una compañía de seguros a quien se le denomina “aseguradora.” (National Heritage Insurance Company [www.medicarenhic.com] es la aseguradora de la Parte B de Medicare para California del Norte [800-952-8627] y los condados de Riverside y San Bernardino en California del Sur [800-675-2266]; la NHIC procesa las reclamaciones de la Parte B de Medicare y ofrece servicio al cliente en estas regiones.) Para apelaciones referentes a la cobertura de la Parte B:

1. El primer paso es una “determinación de revisión”. Usted tiene seis meses para presentar una solicitud por escrito para esta revisión.
2. La determinación de revisión puede ser seguida por una “audiencia con la aseguradora” si la cantidad en cuestión es de cuando menos \$100 dólares. Usted tiene seis meses para presentar la solicitud por escrito para una audiencia con la aseguradora.
3. Si usted no está de acuerdo con la decisión de una audiencia con la aseguradora y la cantidad en controversia es cuando menos de \$500 dólares, usted tiene 60 días para presentar una solicitud por escrito para una audiencia con el ALJ.
4. Si usted no está de acuerdo con la decisión del ALJ, tiene 60 días para presentar una solicitud por escrito a la Junta Departamental de Apelaciones para otra revisión.
5. Puede objetar la decisión de la Junta presentando una queja frente a la corte de distrito federal en un plazo no mayor de 60 días si la cantidad en cuestión es de al menos \$1,000 dólares.

<Todas las Reclamaciones de Atención en Casa > (ya sea que se paguen bajo la Parte A o la Parte B) se hacen por medio del proceso de apelación de la Parte A. Si una dependencia de atención de salud en casa le informa que ya no cubrirá su atención, debe pedir a la dependencia que le envíe una “cuenta exigible” buscando pago bajo Medicare por parte del intermediario fiscal. Es posible que tenga que pagar la atención en casa usted mismo para que se envíe la cuenta exigible. Si el intermediario fiscal le envía una notificación indicando que Medicare no seguirá pagando su atención médica en casa, usted tiene 60 días para pedir al intermediario que reconsidere. Puede enviar evidencia que sustente su reclamación. Si no está de acuerdo con la decisión de un intermediario (o si está en una HMO de Medicare y no está de acuerdo con la decisión de una organización externa de revisión) y la cantidad en cuestión es de más de \$100 dólares, usted tiene 60 días para solicitar una audiencia ante un ALJ. Después de la decisión del ALJ, usted tiene 60 días para pedir la revisión por la Junta Departamental de Apelaciones, y luego 60 días para buscar la revisión de una corte federal respecto a la decisión de la Junta.

<Si Usted Está en una HMO de Medicare>, puede presentar una apelación si su HMO: (1) le niega el pago por servicios que usted haya recibido fuera de la red durante una emergencia o necesidad urgente de atención o cuando la HMO no haya proporcionado los beneficios Medicare que usted necesitaba; (2) se niega o no le da un tratamiento oportuno que usted piensa es cubierto por Medicare; o (3) discontinúa servicios que usted piensa que aún son necesarios para su salud. La HMO debe darle una notificación por escrito de la negación, pero usted puede apelar aún cuando le den una negación oral. Para una apelación de una HMO de Medicare:

1. Usted tiene 60 días para pedir por escrito la reconsideración de la negación. Puede presentar cualquier evidencia que desee ofrecer en apoyo a su apelación. Si está buscando atención médica, la HMO tiene 14 días para responder; si usted está buscando pago por un servicio que ya recibió, la HMO tiene 30 a 60 días para emitir un fallo para su apelación. Si necesita atención urgente, usted o su médico pueden pedir una revisión más rápida (“agilizada”). La HMO debe hacer una revisión agilizada (72 horas) si su doctor lo solicita. Si la solicitud proviene de usted en cambio, la HMO puede negarse a hacer la revisión agilizada, y responderá en un plazo no mayor del periodo estándar de 14 días. Usted necesita atención urgente si el hecho de no recibir los servicios rápidamente pone en riesgo su vida, salud o habilidad de recobrar su máxima función.

2. Si la HMO no decide a favor en toda su apelación, debe enviar su apelación para una revisión independiente por parte de el Centro para la Resolución de Disputas de Salud (Center for Health Dispute Resolution, CHDR) (una empresa que tiene contrato con el gobierno para revisar decisiones de HMOs de Medicare). El CHDR tiene 30 días (para disputas sobre servicios) o 60 días (para disputas sobre pago) para revisar la apelación, pero en algunos casos debe hacer una revisión más rápida.

3. A partir de la fecha de la decisión del CHDR, usted tiene 60 días para hacer una solicitud por escrito para una audiencia con el ALJ si la cantidad en disputa es al menos \$100 dólares.

4. Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ, usted tiene 60 días para pedir por escrito que la Junta de Apelaciones revise la decisión del ALJ.

5. A partir de la fecha en que se le notifique de la decisión de la Junta, usted tiene 60 días para presentar una queja en la corte federal si la cantidad en disputa es al menos de \$1,000 dólares. (Si usted está en una HMO de Medicare, también puede interponer una demanda bajo la ley estatal si la HMO le niega la atención que usted siente que debe recibir.)

Para enfrentar otros problemas con las HMOs de Medicare (como por ejemplo quejas sobre servicios que complementan los servicios cubiertos por Medicare, esperas largas, baja involuntaria, y malos tratos de un proveedor), puede presentar una queja. La HMO debe explicar el procedimiento para presentar una queja y debe darle una respuesta adecuada y oportuna por escrito.

Para quejas sobre un médico, empleado o institución que trabaje con Medicare, contacte a California Medical Review, Inc., la organización interna de revisión para California (800-841-1602). Si usted ha experimentado abuso como paciente, llame a la Agencia Estatal de Investigación (State Survey Agency, 800-236-9747).

>>Centros Calificados de Salud

Los “centros de salud federalmente calificados” incluyen centros comunitarios de salud, clínicas tribales de salud, servicios de salud para inmigrantes y centros de salud para indigentes. Si usted tiene Medicare y usa uno de estos centros de salud, Medicare pagará ciertos servicios (incluyendo revisiones rutinarias, pruebas de detección y diagnóstico para la vista y el oído) que ordinariamente no cubre. Por algunos de estos servicios, usted no tendrá que pagar el deducible o coseguro anual de la Parte B. Para encontrar un centro de salud federalmente calificado cerca de usted, llame al 800-633-4227 o 877-486-2048 (TTY).

>>Más Información y Ayuda con Medicare

Puede obtener manuales gratuitos sobre Medicare llamando al 800-MEDICARE (633-4227) o 877-486-2048 (TTY). Si pierde su tarjeta Medicare, necesita cambiar su domicilio o necesita información sobre suscripción, llame a la Línea Telefónica Nacional del Seguro Social (National Social Security Hotline, 800-772-1213). Para más información sobre Medicare, visite las siguientes páginas en Internet:

- .. Medicare (www.medicare.gov)
- .. Centro de Derechos Medicare (Medicare Rights Center, www.medicarerights.org)
- .. Center for Medicare Advocacy, Inc. (www.medicareadvocacy.org)
- .. Centros para Servicios Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, anteriormente HCFA) (www.cms.gov)
- .. Administración de Seguridad Social (Social Security Administration, www.ssa.gov)

- ..Asociación Nacional de Agencias del Area para la Ancianidad (National Association of Area Agencies on Aging, www.n4a.org)
- ..Families USA (www.familiesusa.org)
- ..El Comité Nacional para la Preservación del Seguro Social y Medicare (The National Committee to Preserve Social Security and Medicare, www.ncpssm.org)
- ..Defensores de la Salud de California (California Health Advocates, www.cahealthadvocates.org)

Si usted tiene un problema con Medicare, obtenga ayuda de un asesor de beneficios en un centro de vida independiente o contacte a una oficina de servicios legales cerca de usted. Su oficina de HICAP (800-434-0222) también puede proporcionarle información y ayuda.

>>Conservar Medicare al Hacer su Transición de Regreso al Trabajo

Las personas que reciben Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) y regresan a su trabajo pueden ser elegibles para continuar con la cobertura Medicare por hasta ocho años y medio. Durante este tiempo, la Parte A de Medicare es gratuita. (La cobertura de la Parte B es opcional y requiere de pagos de primas.) Después del periodo de ocho años y medio, se requiere de un pago de prima mensual de \$170 dólares para continuar con la Parte A. El derecho a extender la cobertura Medicare tanto tiempo proviene de la Ley de Boleto al Trabajo y Mejora de los Incentivos para el Trabajo (Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act) una ley federal que ayuda a los discapacitados a seguir asegurados al reintegrarse a la fuerza laboral (antes de que existiera esta ley, la Parte A gratuita estaba disponible sólo durante cuatro años después de que un receptor de SSDI regresaba al trabajo). Para más información, visite www.wid.org. Si tiene un problema para continuar con los beneficios de Medicare al regresar al trabajo, contacte a una organización de servicios legales o a un asesor de beneficios en un centro de vida independiente.

Un trabajador discapacitado puede ser elegible para Medi-Cal bajo el Programa del 250% para Discapacitados que Trabajan (250% Working Disabled Program), el cual pagará la prima de la Parte B (vea la pág. 103).

>El Programa de Descuento en Medicamentos con Receta para Beneficiarios de Medicare

Si usted tiene Medicare y usa una farmacia de California que acepta Medi-Cal, puede obtener sus medicamentos con receta pagando sólo el costo de Medi-Cal más una cuota de procesamiento de 15. No necesita tener Medi-Cal para obtener este descuento (Medi-Cal no paga la receta). Este programa de descuento cubre casi todos los medicamentos con receta, pero no los medicamentos que se venden sin receta. Para obtener un descuento, presente su tarjeta Medicare al momento de entregar su receta a la farmacia (o al recoger su receta si su doctor llamó a la farmacia; pida a su doctor que informe a la farmacia que usted tiene Medicare si llama para dar la receta a la farmacia). Para futuras recetas, pida a la farmacia que anote en sus registros que usted tiene Medicare.

Sólo puede obtener este descuento con farmacias Medi-Cal, pero hay más de 5,000 farmacias de este tipo en California. Para confirmar que se le está cobrando la cantidad correcta, antes de surtir una receta debe pedir ver la información de precios que Medi-Cal envió a la farmacia. Para más información, contacte a HICAP (800-434-0222). Si se le cobra la cantidad errónea y quiere presentar una queja, llame al Departamento de Servicios de Salud de California (916-657-4302). Para información sobre programas de ayuda para recetas de ciertas empresas farmacéuticas y para enfermedades específicas, visite [www.medicare.gov/Prescription/ Home.asp](http://www.medicare.gov/Prescription/Home.asp).

>PACE (Programas de Atención Completa para Ancianos)

PACE ofrece servicios de atención médica y a largo plazo, incluyendo atención primaria, trabajo social, terapia, atención médica rutinaria y especial, transporte, alimentos y cuidado personal. Los servicios son provistos en lugares PACE, en instituciones de internamiento, como por ejemplo hospitales y hogares de atención a enfermos, y en el hogar. PACE trata de apoyar su independencia y de mantenerle en su comunidad tanto tiempo como sea posible. Con PACE, usted tiene derecho a todos los servicios que obtendría con Medicare y Medi-Cal. Para calificar, debe tener cuando menos 55 años, vivir en un área de servicio del programa PACE, y tener una certificación de una dependencia estatal indicando que usted es elegible para cuidados en hogar de atención a enfermos. Los lugares de PACE son pagados directamente por Medicare y Medi-Cal. Visite www.medicare.gov/nursing/alternatives/pace.asp para ver si usted está cerca de un lugar PACE.

>Medi-Cal

Medi-Cal es el programa Medicaid de California's. Combina dinero federal y estatal para ofrecer atención médica para personas con bajos ingresos. Los gobiernos federal y estatal supervisan Medi-Cal, pero cada condado opera el programa Medi-Cal en el ámbito local. La oficina del condado para Medi-Cal hace las determinaciones de elegibilidad a menos que la persona sea automáticamente elegible por recibir Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI). Dentro de Medi-Cal existen varios programas diferentes, cada uno con sus propios requerimientos de elegibilidad. En algunos casos, toda una familia califica para Medi-Cal; en otros, solo ciertos miembros de la familia califican.

>>Servicios Medi-Cal

En los servicios de Medi-Cal se incluyen atención hospitalaria para pacientes internos y externos, consultas médicas, atención especializada a enfermos, pruebas de laboratorio y rayos X, planificación familiar, revisiones regulares para menores hasta los 21 años, medicamentos con receta, atención dental y de la vista (pero no todos los lentes), insumos médicos y de incontinencia, equipo médico duradero, prótesis y equipo ortopédico, atención médica mental, atención médica diurna para adultos, servicios de cuidado personal (asistente), algunos cuidados en casa, estancias en instituciones de cuidados intermedios para personas con discapacidades del desarrollo, transporte para visitas al doctor y para recibir atención médicamente necesaria cubierta por Medi-Cal, servicios de

abuso de sustancias y terapia física y ocupacional. Los servicios de salud mental se obtienen por medio de dependencias de salud mental del condado en la localidad; para más información sobre la atención médica mental de Medi-Cal, vea la sección del Plan Mental de Salud del Condado en las páginas 112–14. Medi-Cal cubre servicios dentales por medio del Programa Denti-Cal.

Medi-Cal limita la cobertura para ciertos servicios. (Muchos de estos límites no aplican a niños en el programa EPSDT que se describe a continuación.) Para muchos servicios, usted y su proveedor de servicios de salud debe tener “autorización previa” (aprobación antes de recibir los servicios de salud y artículos cubiertos) de Medi-Cal. Los proveedores y farmacias pueden presentar TARs (Solicitudes de Autorización de Tratamiento) para pedir la autorización previa. Medi-Cal debe responder a la TAR en un plazo no mayor de cinco días después de recibirla. La ley de California considera que una TAR está aprobada si Medi-Cal no toma acción alguna respecto a la TAR (rechazándola o modificándola o pidiendo más información) en un máximo de 30 días a partir de que la recibe. Medi-Cal cubre solo la atención médicamente necesaria.

<Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT)> es un programa para niños y jóvenes menores de 21 años y elegibles para Medi-Cal. A través de EPSDT, el gobierno federal requiere que California proporcione un rango más amplio de servicios a menores de 21 años que son ofrecidos a adultos en el programa regular de Medi-Cal. EPSDT cubre revisiones regulares de la salud física y mental del menor (incluyendo revisiones de la vista, oído y dental), vacunas, pruebas de laboratorio (incluyendo pruebas de plomo en la sangre), y educación de la salud.

Los exámenes EPSDT se hacen en intervalos fijos (dependiendo de la edad del menor) y también cuando un menor requiere de atención adicional. California ofrece muchos servicios requeridos por EPSDT por medio del Programa de Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (CHDP) explicado más adelante (vea la pág. 122).

>>Costos de Medi-Cal

Para muchas personas, Medi-Cal es gratuito. Estas personas tienen Medi-Cal sin costo compartido por lo que no tienen que pagar nada antes de que Medi-Cal empiece a pagar los servicios cubiertos. (El programa Medi-Cal de la Sección 1931 [vea las págs. 100–101] y los Programas de Nivel Federal de Pobreza para mujeres embarazadas, niños, adultos mayores y personas discapacitadas [vea las págs. 102–103] no tienen costo compartido.)

Otras personas tienen Medi-Cal de “costo compartido”. “Costo compartido” es una cantidad que usted debe pagar o aceptar pagar cada mes que tenga costos médicos (no tendrá que pagar el costo compartido por cada mes que no tenga costos médicos). Después de que usted cubra su costo compartido, Medi-Cal paga el resto de sus servicios cubiertos para ese mes. La cantidad del costo compartido depende del ingreso familiar. Los gastos para Medicare, otras primas de seguro médico y cargos de deducible o coseguro, incluyendo cuotas de suscripción, copagos o deducibles, son restados del ingreso al determinar su costo compartido.

Existe un pequeño copago (hasta \$5) para algunos servicios Medi-Cal. A los proveedores se les prohíbe negar servicios a participantes de Medi-Cal por no poder cubrir el copago.

<Cumplir con su Costo Compartido> Existen diferentes maneras de cumplir con su costo compartido. Puede hacerlo pagando una cuenta médica que tuvo ese mes, o aceptando pagarla en el futuro, o utilizando o pagando cuentas anteriores. Siempre y cuando usted asuma la responsabilidad de pagar una cuenta médica, puede contar hacia su costo compartido, aún cuando alguien más pague la cuenta después de que usted asuma la obligación. Los costos de atención médica de los miembros de su familia cuentan hacia el costo compartido aún cuando no estén en Medi-Cal. Cualquier gasto por atención prescrita por un doctor o enfermera cuenta para el costo compartido, sin importar si Medi-Cal ordinariamente cubre los costos para dichos servicios y artículos de salud (los pagos por servicios médicos que Medi-Cal no cubre deben contarse para su costo compartido antes de contar los servicios cubiertos por Medi-Cal).

Las formas de cumplir con su costo compartido incluyen:

- ..Pagar su cantidad de costo compartido en ese mes;
- ..Usar cuentas sin pagar de cualquier miembro de su familia (usted no tiene que pagar realmente las cuentas para fines de costo compartido; sólo necesita demostrar que se le envió una cuenta);
- ..Usar un recibo de atención médica que usted o un miembro de su familia ya pagó para ese mes; o
- ..Cualquier combinación de estos métodos.

Puede usar cada cuenta una vez (ya sea como una cantidad que pagó o una cantidad que debe) para cumplir con su costo compartido. Si la cantidad de la cuenta es mayor que su costo compartido, puede usar la cantidad excedente para cumplir con sus costos compartidos en meses posteriores. El agrupar citas médicas y otros costos médicos en el mismo mes puede ayudarle al reducir el número de meses en que tiene que cumplir con el costo compartido.

Pida a su doctor o farmacéuta que pase su tarjeta BIC (vea la pág. 108) por una máquina para informar a Medi-Cal sobre cargos por servicios de salud y recetas. Si necesita medicamentos o insumos sin receta, pida a su doctor que le escriba lo que necesita en una libreta de recetas, muestre la nota del doctor al farmacéuta, y pídale que pase su tarjeta BIC por la máquina e ingrese lo que gastó para su costo compartido. Guarde sus cuentas médicas; para cumplir con su costo compartido, puede necesitar mostrarlas a su trabajador del condado para Medi-Cal.

Si tiene preguntas sobre la cantidad de su costo compartido, pregunte a su trabajador del condado. Puede pedir una audiencia justa (vea las págs. 111–12) si no está de acuerdo con la cantidad de su costo compartido o si Medi-Cal no acepta una de sus cuentas anteriores (pida una explicación por escrito acerca de por qué no se aceptó la cuenta, incluyendo la base legal para el rechazo de Medi-Cal). Su local organización de servicios legales puede ayudarle con preguntas de costo compartido.

>>Elegibilidad

La elegibilidad para Medi-Cal es complicada, pero hay muchas formas en las que puede calificar. Debe ser residente de California para calificar, y existen límites de bienes para algunos programas (cuando aplican los límites de bienes, usualmente son \$2,000 dólares para una persona y \$3,000 dólares para una pareja, pero los bienes importantes, como por ejemplo su casa y su contenido, así como su primer auto, no se toman en cuenta).

Usted puede ser elegible para Medi-Cal si tiene seguro médico privado, pero Medi-Cal paga solamente servicios no cubiertos o la porción de servicios no cubiertos por el seguro (usted debe “agotar” primero su seguro médico privado, lo cual significa que debe recibir toda la cobertura disponible de su seguro privado antes de que se le pueda facturar a Medi-Cal).

Cada grupo o categoría de personas que califica obtiene un “código de ayuda” que identifica al grupo; el código de ayuda explica por qué la persona recibe Medi-Cal. El hecho de que haya más de 100 códigos de ayuda muestra que hay muchas maneras de calificar para Medi-Cal.

<Usted Califica Automáticamente para Medi-Cal si Recibe uno de los Siguyentes>:

- .. CalWORKS (antes AFDC) (puesto que el condado automáticamente procesa su solicitud para Medi-Cal “1931” como parte de su solicitud CalWORKS; Medi-Cal de Sección 1931 es el nombre del programa Medi-Cal para familias de escasos recursos, incluyendo a aquellos que reciben beneficios CalWORKS).
- .. SSI (si usted tiene una discapacidad y antes recibía asistencia en efectivo de SSI pero ya no la recibe debido a su ingreso percibido, usted probablemente sigue siendo receptor de SSI bajo el programa 1619[b] y tiene derecho a Medi-Cal en relación con su condición de receptor de SSI).
- .. Servicios de Apoyo en el Hogar (vea las págs. 114–15).

<Otras Personas Que Pueden Ser Elegibles Incluyen >:

- .. Personas invidentes, discapacitadas o mayores de 65 años.
- .. Niños y jóvenes menores de 21 años.
- .. Mujeres embarazadas.
- .. Refugiados (vea las págs. 129–32 para información sobre inmigración y MediCal).
- .. Personas en hogares de atención a enfermos, incluyendo a algunas que necesitan sólo atención a corto plazo.
- .. Personas con necesidades especiales de salud, como por ejemplo aquellas con tuberculosis o que necesitan servicios de diálisis o nutrición intravenosa.
- .. Niños que reciben atención de crianza o servicios del Programa de Asistencia para la Adopción y jóvenes que están saliendo de hogares de crianza a la edad de 18 años.

- .. Personas que antes recibían SSI además de beneficios del Seguro Social (incluyendo beneficios del Seguro Social que se les atribuyeron por un cónyuge o padre o madre) y que ahora no son elegibles para SSI debido a incrementos en el costo de la vida en los beneficios del Seguro Social (estas personas están en el programa “Pickle” de Medi-Cal; las personas pueden calificar como Pickles y recibir Medi-Cal sin costo compartido aún cuando su SSI haya cesado por una razón que no sea incrementos del Seguro Social y el costo de la vida).
- .. Hijos Adultos Discapacitados (DAC) (que nacieron con una discapacidad o quedaron discapacitados antes de los 22 años) que recibían SSI y ahora no son elegibles para SSI debido a que inicialmente calificaron para beneficios DAC o recibieron incrementos en los beneficios DAC beneficios el 1° de Julio de 1987 o posteriormente.
- .. Personas discapacitadas que pierden la elegibilidad SSI al reclamar beneficios de jubilación como viudas o viudos.
- .. Familias elegibles para CalWORKS pero que no lo reciben. (Las familias deben cumplir con ciertas reglas de ingresos y bienes para calificar para Medi-Cal de Sección 1931. Existen diferentes reglas para “receptores” y “solicitantes.” Las reglas son menos estrictas para los “receptores,” que son personas que recibieron beneficios CalWORKS o Medi-Cal de Sección 1931 durante el mes anterior o que fueron elegibles para recibir CalWORKS o Sección 1931 durante uno de los cuatro meses anteriores a solicitar Medi-Cal. Un “solicitante” es una persona que no es “receptor.”)
- .. Padres de hijos que cumplen con la definición de “desposeimiento” (el padre o la madre está ausente del hogar, muerto, discapacitado, incapacitado para trabajar o cuidar de los hijos, trabaja menos de 100 horas por mes, o tiene ganancias netas de o debajo del 100% del nivel federal de pobreza).

Los trabajadores de elegibilidad del condado determinan si los solicitantes califican para Medi-Cal. Para determina si usted puede obtener Medi-Cal, contacte a su oficina del condado (vea las págs. 107–108 acerca de cómo solicitar Medi-Cal).

>>Diferentes Programas Medi-Cal

>>>Algunos de los Programas Medi-Cal se Describen Brevemente a Continuación:

<Programas de Cero Costo Compartido para Mujeres Embarazadas y Niños > Existen tres programas de nivel federal de pobreza con cero costo compartido para mujeres embarazadas y niños. La mujer embarazada cuenta como dos personas para fines del nivel federal de pobreza a menos que se verifiquen partos múltiples. Sólo el ingreso se toma en cuenta para estos programas, no los bienes.

Para mujeres embarazadas y bebés hasta un año de edad, el Programa de No Consideración del Ingreso (Income Disregard Program), también llamado el Programa del 200% , ofrece cobertura continua con Medi-Cal si el ingreso familiar se encuentra en

o debajo del 200% del nivel federal de pobreza. Por medio de este programa, las mujeres obtienen atención relacionada con el embarazo durante y después del embarazo (por 60 días después del final del embarazo y hasta el final del mes calendario en el que caiga el 60vo. día), los bebés que sean ciudadanos o que cumplan con ciertos requerimientos de inmigración obtienen cobertura total, y los bebés sin una situación migratoria satisfactoria obtienen cobertura de emergencia. La atención relacionada con el embarazo se define de manera muy amplia; incluye todos los servicios necesarios para asegurar la salud de la mujer y el feto.

Bajo el Programa de Elegibilidad Presuntiva, basándose en información de ingresos y residencia, un proveedor de servicios de salud puede “suponer” que una mujer embarazada califica para Medi-Cal de manera que pueda recibir atención prenatal sin esperar a que se procese su solicitud Medi-Cal. Luego solicita el Medi-Cal regular en la oficina del condado. Si su embarazo y elegibilidad se verifican, pasa a otro programa Medi-Cal. De otra manera, abandona el programa el mes siguiente al mes en que buscó la elegibilidad presuntiva. Pregunte a su proveedor de atención prenatal si participa en el Programa de Elegibilidad Presuntiva; de ser así, puede solicitar por medio de él. El Programa de Elegibilidad Presuntiva no cubre el parto.

Bajo la Autodeclaración de Embarazo, una mujer embarazada que es elegible por ingreso puede solicitar Medi-Cal y recibir beneficios relacionados con el embarazo sin tener que proporcionar evidencia de embarazo. Dependiendo de su situación migratoria, una mujer embarazada puede solicitar y recibir servicios totales o de emergencia y servicios relacionados con el embarazo, quedando pendiente presentar evidencia de embarazo, en un plazo no mayor de 60 días desde que se presenta la solicitud.

Los niños de cuando menos un año de edad pero menores de seis pueden calificar para Medi-Cal bajo uno de los programas del nivel federal de pobreza si el ingreso de su familia (después de deducciones permisibles) no es mayor del 133% del nivel federal de pobreza. Los niños que tienen cuando menos seis años de edad, pero menores de 19 pueden calificar si el ingreso de su familia (después de deducciones permisibles) no es mayor del 100% del nivel federal de pobreza. Los niños indocumentados pueden calificar para Medi-Cal Restringido (con cero costo compartido), que cubre atención de emergencia y relacionada con el embarazo (ver abajo).

<Programas de Nivel Federal de Pobreza para Personas de la Tercera Edad y Discapacitados con Cero Costo compartido> Las personas que tengan 65 años o más o que estén discapacitadas (incluyendo niños) pueden calificar para Medi-Cal sin costo compartido si su ingreso contable antes cualquier deducción de Medicare no es mayor del 100% del nivel federal de pobreza. Otro Programa de Nivel Federal de Pobreza para personas discapacitadas es el Programa del 250% para Discapacitados que Trabajan.

<Programa del 250% para Discapacitados de California que Trabajan > Un trabajador con una discapacidad puede “comprar” Medi-Cal si no gana más de 250% del nivel federal de pobreza y cumple con los demás requerimientos de Medi-Cal. Se considera que usted está “trabajando” si tiene cualquier ingreso mensual por trabajo. El ingreso para

el Programa de Discapacitados que Trabajan se calcula de acuerdo con las Reglas de Ingreso Percibido de SSI, y con deducciones, menos de la mitad del ingreso percibido se cuenta para determinar la elegibilidad. Cualquier ingreso recibido por discapacidad no se toma en cuenta.

Una persona no puede tener más de \$2,000 dólares en bienes contables, y las parejas casadas no pueden tener más de \$3,000 dólares en bienes contables (los bienes que no cuentan incluyen cuentas de retiro aprobadas por el IRS, una casa, ropa, un automóvil y ciertos artículos más, como por ejemplo los necesarios para un empleo [por ejemplo herramientas]).

Los “Inmigrantes Calificados” (vea las págs. 130–31) son elegibles para este programa sin importar su fecha de entrada a los Estados Unidos, pero los inmigrantes indocumentados no lo son. Los inmigrantes que residen permanentemente bajo color de ley (PRUCOL; ver p.131) pueden calificar sólo si estaban residiendo legítimamente en los Estados Unidos y recibiendo SSI en Agosto 22, 1996.

Los pagos mensuales de primas están en una escala ajustable entre \$20 y \$250. Si usted no paga las primas durante dos meses consecutivos, recibirá un Aviso de Acción dando por terminada su participación en el programa.

Por medio del Programa de Discapacitados que Trabajan, usted puede continuar con los Servicios de Apoyo en Casa (IHSS; vea la pág. 114), pero no puede usar los servicios IHSS en su lugar de trabajo, y puede tener un costo compartido. También es elegible para los servicios de atención personal de Medi-Cal. Para más información, visite www.wid.org. Si tiene un problema, contacte a una organización local de servicios legales o a un asesor de beneficios en un centro de vida independiente cercano.

<Cobertura para Personas que Abandonan Programas de Asistencia en Efectivo> Si usted deja de recibir asistencia en efectivo (como por ejemplo CalWORKS) o Medi-Cal de Sección 1931(b) (para familias de escasos recursos) debido a que incrementen sus ingresos por trabajo, usted puede calificar para hasta 24 meses de Medi-Cal Transicional. Durante los segundos 12 meses, sólo los adultos califican, pero sus hijos probablemente califiquen para un programa Medi-Cal diferente.

Si usted pierde su asistencia en efectivo por recibir pensión alimenticia o de manutención, puede continuar con Medi-Cal durante cuatro meses.

<Servicios de Consentimiento de Menores > Este programa proporciona atención médica mental confidencial, tratamiento de abuso de sustancias, tratamiento para ataque sexual, servicios de planificación familiar (incluyendo aborto y atención prenatal o relacionada con el embarazo), y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual. Estos servicios confidenciales están disponibles para personas solteras menores de 21 años si viven con sus padres o son declarados como dependientes y si sus propios ingresos y bienes los hacen elegibles. El ingreso de los padres no se toma en cuenta. No se requiere de consentimiento ni notificación de los padres. Usted califica para servicios de Consentimiento de Menores sólo si necesita confidencialidad en lo que refiere a sus padres. Si tiene menos de 21 años y no vive con sus padres y no se le declara como dependiente, puede calificar para Medi-Cal por su propia cuenta como un menor

médicamente indigente. Si tiene cobertura de salud por medio del empleo de uno de sus padres, puede ser elegible para servicios de consentimiento de menor debido a que tiene necesidad de confidencialidad.

<Medi-Cal Restringido> Algunos inmigrantes (aquellos con una “situación migratoria satisfactoria”) pueden obtener Medi-Cal completo. Si usted es indocumentado o ha solicitado pero aún no se le ha concedido el asilo político, no tiene una situación migratoria satisfactoria y es elegible para Medi-Cal “restringido” únicamente (a menos que usted esté PRUCOL, lo cual significa que el INS sabe que usted se encuentra en los Estados Unidos y no tiene intención de deportarle, o a menos que usted sea un Indio Americano pero haya nacido fuera del país). El Medi-Cal restringido cubre la atención médicamente necesaria relacionada con el embarazo (incluyendo atención prenatal y servicios de parto y cualquier otra atención necesaria para la salud de la mujer embarazada y su feto), atención de emergencia (pero no atención de seguimiento después de la emergencia), diálisis renal, y atención a largo plazo. El hecho de si usted tendrá un costo compartido dependerá de sus ingresos y el programa Medi-Cal en el que esté participando. Puede solicitar un Medi-Cal restringido sin tener número de seguro social. Su situación migratoria permanecerá confidencial y no será reportada al INS.

Si usted piensa que tiene una situación migratoria satisfactoria pero no tiene los documentos para comprobarlo, puede pedir al INS que envíe los documentos. Mientras espera, puede obtener Medi-Cal completo. Si el INS dice que usted no tiene permiso para estar aquí, Medi-Cal lo cambiará a Medi-Cal restringido.

<Necesidades Especiales de Salud> Medi-Cal ofrece cierta cobertura para personas que tienen tuberculosis o necesitan diálisis renal o hiperalimentación parenteral. Estos programas ayudan a pagar únicamente la atención relacionada con la condición cubierta. Las personas con mayores ingresos pueden calificar y pagarán una cuota de la escala ajustable.

<Programas de Renuncia> California cuenta con seis diferentes programas de “renuncia” que proporcionan servicios que ordinariamente no están disponibles por medio de Medi-Cal: (1) Renuncia a Institución Modelo de Atención a Enfermos (Model NF), (2) Renuncia a Servicios en Hogar de Atención a Enfermos (NF), (3) Renuncia a Servicios de Atención Médica en Casa (IMHC), (4) Renuncia a Servicios en Casa y Comunitarios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), (5) Renuncia de SIDA, y (6) Renuncia al Programa de Servicios para Adultos Mayores de Propósitos Múltiples (MSSP). Las Renuncias de NF, IMHC, SIDA, y MSSP siguen las reglas de elegibilidad regulares de Medi-Cal. Las Renuncias de Model-NF y DDS tienen reglas especiales de elegibilidad que toman en cuenta únicamente el ingreso del solicitante e ignoran el ingreso de un cónyuge o padre / madre.

Para calificar para una de estas renunciaciones, la condición de salud de una persona debe ser lo suficientemente seria para que califique para cuidados en una institución médica de atención a largo plazo. Las renunciaciones de cuidados en el hogar y comunidad proporcionan una variedad de servicios que le permiten a una persona vivir en casa o en la comunidad

en lugar de una institución médica. En la mayoría de los casos, la atención en casa o en la comunidad debe ser más efectiva en costo que la atención en una institución. Las adaptaciones físicas menores a una vivienda y los servicios de manejo de caso con frecuencia son cubiertos por medio de estas renunciaciones; a través de las Renunciaciones NF, DDS, IMHC, y MSSP, una persona puede conseguir que se le construya una rampa para entrar y salir de su casa.

La Renuncia a Instituciones Modelo de Atención a Enfermos es para personas que prefieren quedarse en casa o en la comunidad pero que, sin la renuncia, necesitarían de atención al nivel ofrecido por un hogar de atención de enfermos o servicios subagudos durante al menos 90 días consecutivos. Los servicios de esta renuncia incluyen manejo de caso, servicios de enfermera especializada, auxiliares para la salud en casa, servicios de lenguaje, capacitación y terapia del habla, oído y familiar, terapia física y adaptaciones a viviendas. Esta renuncia permite los servicios para niños y adultos casados con ingresos y bienes familiares que ordinariamente serían demasiado altos. El ingreso y bienes de un cónyuge generalmente no se cuentan al considerar la elegibilidad para Medi-Cal y el costo compartido de un solicitante casado. Para un menor, sólo el ingreso y bienes del menor (no de los padres) se toman en cuenta para fines de elegibilidad. Los menores que califican para esta renuncia recibirán la mayoría de sus servicios de atención por medio del programa regular de Medi-Cal y EPSDT.

Tanto la Renuncia a Servicios en Hogar de Atención a Enfermos (NF) como la Renuncia a Atención Médica en Casa (IMHC) permiten la atención de enfermeras por turnos en casa y otros servicios para personas que de otra manera requerirían de cuidados en un hogar de atención a enfermos o institución de atención aguda durante 90 días o más. Los servicios incluyen manejo de caso, servicios de enfermera especializada, auxiliares de salud en casa, cobertura de servicios públicos, y adaptaciones físicas a la vivienda. Una persona debe ser elegible para Medi-Cal para calificar para una de estas renunciaciones.

El Departamento de Operaciones en Casa (In-Home Operations, IHO) del Departamento de Servicios de Salud supervisa las Renunciaciones a Institución Modelo de Atención a Enfermos, Institución de Atención a Enfermos, y de Atención Médica en Casa. El IHO también autoriza servicios de enfermería por turnos a largo plazo para receptores de Medi-Cal que necesitan de dicha atención y califican para el programa EPSDT (ver arriba). Los servicios de enfermera especializada y otros servicios (llamados Servicios Suplementarios EPSDT) están disponibles para receptores de Medi-Cal menores de 21 años y que se espera que requieran de atención en hogares de atención a enfermos durante un mínimo de 90 días. Para mayores informes o para solicitar las Renunciaciones a Institución Modelo de Atención a Enfermos, Renuncia a Institución de Atención a Enfermos, y Renuncia a Servicios de Atención Médica en Casa o servicios de enfermera especializada por medio de EPSDT, llame a In-Home Operations (916-324-1020).

La Renuncia a Servicios en Casa y Comunitarios del Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS), es para personas discapacitadas que viven en casa y cumplen con los criterios de admisión para una institución de cuidados intermedios para personas con discapacidades de desarrollo. Los Centros Regionales (vea las págs. 116–17) son responsables de esta renuncia. Los servicios de este programa de renuncia incluyen salud en el hogar, habilitación residencial y diurna, servicios de enfermera especializada, transporte, equipo e insumos médicos especializados, atención personal, reposo,

modificaciones ambientales, servicios de mandados y labores del hogar, sistemas de respuesta a emergencias, terapia física y ocupacional, servicios fisiológicos, adaptaciones vehiculares, auxiliares de comunicación e intervención en crisis.

Para el programa de Renuncia a Servicios en Casa y Comunitarios del DDS, la persona debe ser elegible para beneficios completos y cumplir con todas las reglas regulares de elegibilidad de Medi-Cal. Pero el ingreso y bienes de los padres o el cónyuge del solicitante no deben ser tomados en cuenta para fines de determinar la elegibilidad para la renuncia (aún cuando el solicitante viva en casa). Esto significa que una persona puede calificar para la renuncia aún cuando sea parte de una familia que tenga ingresos y bienes que ordinariamente serían demasiado altos. Para más información, contacte a un Centro Regional (llame al 916-446-7961 para encontrar el Centro Regional para su área) o a una de las 13 Juntas de Área para Discapacidad de Desarrollo (Developmental Disability Area Boards, visite www.ns.net/OAB/abroster.htm para encontrar la suya) o al Departamento de Servicios de Desarrollo, el cual supervisa este programa de renunciaciones.

La Renuncia de SIDA proporciona atención comprehensiva en casa y en la comunidad para los beneficiarios de Medi-Cal que tienen VIH/SIDA. Esta renuncia es para personas que de otra manera necesitarían de atención en un hogar especializado de atención a enfermos u hospital agudo. Los servicios incluyen manejo de caso, servicios de enfermera especializada, cuidados de asistente, asesoría psicosocial, transporte médico no urgente, servicios de labores del hogar, equipo e insumos médicos especializados, adaptaciones físicas menores a la vivienda, asesoría nutricional y suplementos nutricionales / alimentos entregados en casa. La Oficina del SIDA en el Departamento de Servicios de Salud supervisa esta renuncia. Llame al 916-445-0553 para más información.

El Programa de Servicios para Adultos Mayores de Propósitos Múltiples (MSSP) proporciona servicios de manejo de caso en 41 sitios en California. Por medio de este programa de renuncia, los administradores de casos ayudan a los adultos mayores a contactarse con servicios como por ejemplo asistencia de vivienda, servicios de protección, atención a adultos, atención personal y de reposo, transporte, manejo de dinero y servicios de alimentos. Para calificar para la Renuncia MSSP, una persona debe tener (1) 65 años o más, (2) ser elegible para Medi-Cal (y tener uno de los códigos de ayuda calificantes), (3) estar certificado o ser certificable para ser colocado en un hogar de atención a enfermos, y (4) vivir en un área atendida por uno de los 41 sitios que proporcionan los servicios de esta renuncia (para una lista de estos sitios, visite www.aging.state.ca.us/html/programas/mssp.htm). El Departamento de Ancianidad (Department of Aging) supervisa este programa de renuncia. Para mayor información, contacte a la Agencia del Área para la Ancianidad (Area Agency on Aging), que aparece en el directorio telefónico dentro de las páginas del Gobierno del Condado. Las personas de 55 años o más, que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y que califican para atención en un hogar de atención a enfermos pueden recibir servicios como los que existen en el programa de renuncia MSSP por medio de PACE (vea las págs. 97).

<Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP)> Si usted califica para Medi-Cal, tiene seguro médico privado y un problema de salud costoso, y está teniendo

problemas para pagar sus primas, puede obtener ayuda del Programa HIPP (vea las págs. 33–34).

<Recuerde>, los requerimientos de elegibilidad de Medi-Cal son complicados y sujetos a cambio. Existen muchas maneras de calificar. El ingreso y los bienes con frecuencia importan, pero se usan cálculos especiales, algunos bienes no se toman en cuenta, y hay personas con ingresos más altos que a veces califican. Los bienes no se toman en cuenta para Programas del Nivel Federal de Pobreza para mujeres embarazadas y menores. El ingreso y los bienes no se toman en cuenta si un menor es cubierto por protecciones de elegibilidad continua y cuando un menor es elegible como anterior hijo de crianza. No suponga que usted no es elegible para Medi-Cal si existe alguna posibilidad de que pueda calificar. Para más información, consulte el Capítulo 8 del Manual de CalWORKS del Centro Occidental sobre la Ley y la Pobreza (Western Center on Law & Poverty, www.wclp.org/advocates/library/calworks/ch8.html).

>>Solicitar Medi-Cal

Las solicitudes para Medi-Cal están disponibles en las oficinas de asistencia social del condado y otros lugares como por ejemplo clínicas, hospitales y escuelas. Puede presentar su solicitud por correo. También puede elegir tener una entrevista cara a cara en la oficina local de asistencia social, a donde puede ir para conseguir ayuda con las formas. Con su solicitud, necesitará llevar comprobantes de ingresos, residencia y situación migratoria (a menos que esté buscando Medi-Cal Restringido). Las mujeres embarazadas también necesitarán comprobar su embarazo en un plazo no mayor de 60 días para recibir beneficios completos (no se requiere comprobar el embarazo para recibir sólo servicios relacionados con el embarazo).

Si usted recibe SSI, automáticamente debe recibir Medi-Cal. Si se encuentra en un hogar especializado de atención a enfermos, la institución puede ayudarle a presentar la solicitud. Si se encuentra en un hospital, pregunte si hay un trabajador de elegibilidad Medi-Cal que pueda encargarse de su solicitud. Para más información sobre el proceso de solicitud, contacte a la oficina de Medi-Cal en su condado (busque en servicios comunitarios, de salud, humanos, o sociales en las páginas del Gobierno del Condado del directorio telefónico).

Para personas discapacitadas, el derecho a acceso al programa (vea la pág. 6) significa que el proceso de solicitud de Medi-Cal debe ser accesible. Por ejemplo, si usted necesita un formato alterno, como letra grande o ayuda para llenar la solicitud, la oficina de Medi-Cal del condado debe proporcionar estas ayudas y servicios.

La revisión de su solicitud usualmente toma hasta 45 días. Si es necesario hacer una determinación de discapacidad como parte de su solicitud, tomará 90 días. No se necesita una nueva determinación de discapacidad si usted perdió o ya no es elegible para SSI o beneficios por discapacidad del Seguro Social en los últimos 12 meses por una razón distinta al hecho de que usted ya no esté discapacitado. No se necesita una determinación de discapacidad si usted sigue recibiendo Medicare. Si no recibe una decisión por escrito

sobre su elegibilidad dentro del tiempo permitido para la revisión de su solicitud, usted tiene derecho a pedir una audiencia (llame al 800-952-5253 para solicitar una audiencia).

Para que su solicitud sea procesada más rápidamente, si usted está embarazada o necesita atención de emergencia, entréguela en una oficina de asistencia social o en otro lugar que acepte solicitudes. Las mujeres embarazadas pueden recibir beneficios inmediatos bajo el Programa de Autodeclaración de Embarazo o el Programa de Elegibilidad Presuntiva (vea la pág. 102). Un proveedor de servicios de salud puede ayudarle a iniciar los beneficios presuntivos, pero usted debe presentar el papeleo y documentación de seguimiento para conservar estos beneficios o la elegibilidad de Medi-Cal terminará y usted necesitará solicitar por medio de un proceso más lento (sólo se permite una elegibilidad presuntiva por cada embarazo).

Cuando su solicitud sea aprobada, recibirá una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC). Esta es la evidencia de que usted tiene Medi-Cal.

Puede obtener beneficios retroactivos si recibió servicios médicos, dentales o de farmacia de un proveedor Medi-Cal en el periodo de tres meses que precede a su solicitud y era elegible para Medi-Cal durante ese tiempo. Guarde sus recibos y pida tres meses de beneficios retroactivos al solicitar.

<Si Usted No Califica para Medi-Cal> pero necesita atención médica que no puede pagar, puede calificar para uno de los programas descritos en las páginas 114–33 o puede obtener ayuda de una institución médica del condado. La ley de California dice que los hospitales y clínicas del condado deben proporcionar atención para residentes pobres del condado. Consulte “servicios de salud” en las páginas del Gobierno del Condado en el directorio telefónico para más información y vea las págs. 125–26.

>>Pago Por Servicio vs. Atención Administrada

Las personas que califican para Medi-Cal reciben servicios en una de dos maneras: Medi-Cal regular (pago por servicio) o atención administrada. La mayoría de los beneficiarios, incluyendo personas del programa CalWORKS, refugiados y familias médicamente necesitadas y menores sin costo compartido, deben suscribirse a un plan de salud de atención administrada si viven en un condado donde operen planes de atención administrada. (Las personas con “códigos de ayuda obligatoria” deben suscribirse a atención administrada para recibir sus servicios Medi-Cal.) Los planes de atención administrada de Medi-Cal deben ofrecer los mismos beneficios disponibles por medio de Medi-Cal de pago por servicio.

La atención administrada varía de condado a condado. Algunos condados no tienen atención administrada de Medi-Cal. Cuando la tienen, existen diferentes tipos de planes. Algunos condados tienen un solo plan de atención administrada (se le llama un Sistema de Salud Organizado por el Condado, County Organized Health System [COHS]); por ejemplo, el condado de San Mateo tiene el Plan de Salud de San Mateo y no cuenta con otros planes de atención administrada de Medi-Cal. Algunos condados son Condados de Dos Planes, donde usted puede elegir a cuál de los dos planes entrar; por ejemplo, el condado de Alameda tiene la Alianza de Alameda para la Salud, una HMO sin fines de

lucro desarrollada localmente, y Blue Cross of California, una HMO comercial. Otros condados son condados GMC (GMC significa atención administrada geográfica), con más de dos planes de atención administrada para Medi-Cal.

En algunos condados, no se puede suscribir a un plan de atención administrada si tiene Medi-Cal de costo compartido o seguro privado o si tiene Medi-Cal restringido, pero en algunos condados casi todas las personas que tienen Medi-Cal deben entrar a un plan de atención administrada. En algunos condados, usted tiene la opción de suscribirse a atención administrada o quedarse con pago por servicio si tiene más de 65 años, recibe su Medi-Cal por SSI, recibe su atención médica por medio del Programa Indio de Servicios de Salud, o es un menor en hogar de crianza o en el Programa de Asistencia para la Adopción. En algunos casos, usted tiene la opción de atención administrada si está embarazada. Los Servicios de Consentimiento de Menor/Sensibles pueden manejarse de manera distinta aún en un condado donde de otra forma necesitaría suscribirse a un plan de atención administrada. Debido a las diferencias de condado a condado, debe consultar con la oficina Medi-Cal de su condado para saber cómo funciona la atención administrada donde usted vive.

Si usted está suscrito a un plan de atención administrada cuando no debería estarlo, inmediatamente contacte a Opciones de Atención Médica (Health Care Options, 800-430-4263; 800-430-3003 [Español]; 800-430-7077 [TDD]) o Servicios de Membresía COHS (si usted está en un condado de un solo plan), reporte el error en la suscripción, y pida que se le dé de baja. Si necesita ayuda, contacte a una organización local de servicios legales.

<Con Medi-Cal Regular de Pago Por Servicio>, puede usar a cualquier proveedor de servicios de salud siempre y cuando acepte Medi-Cal. Si no le dice al doctor que usted tiene Medi-Cal antes de recibir los servicios, le pueden facturar a usted toda la atención que reciba. Una vez que el proveedor acepte Medi-Cal, es para todos los servicios que proporciona; el doctor no puede escoger cuáles servicios serán facturados a Medi-Cal. Es ilegal que un proveedor le facture a usted si ha aceptado su tarjeta Medi-Cal y el servicio que usted recibió es un beneficio. (Vea las págs. 99–100 sobre copagos de Medi-Cal.)

Puede ser difícil encontrar proveedores que acepten Medi-Cal. Si no puede encontrar un doctor que tome Medi-Cal, pida ayuda de una oficina Medi-Cal de su condado. Si necesita ayuda para encontrar a un dentista que acepte Medi-Cal, llame al 800-322-6384.

<Con Medi-Cal de Atención Administrada>, debe usar los doctores y hospitales que sean parte de su plan. Si usted puede elegir entre planes, verifique si sus doctores actuales pertenecen a alguno.

En un plan de atención administrada, usted tiene un médico de atención primaria que ofrece atención general y referencias a especialistas. A más tardar 30 días después de entrar a un plan de atención administrada, usted debe elegir a uno de los doctores del plan. Si no elige, el plan escogerá por usted, y debe notificarle a usted que lo ha hecho en un plazo no mayor de 10 días. En ese momento usted puede cambiarse a otro doctor del plan. El plan debe procesar su solicitud en un plazo no mayor de 30 días.

Si debe suscribirse a un plan de atención administrada, Opciones de Atención Médica le enviará un paquete que incluye la “Forma de Elección Medi-Cal”, la cual debe regresar en un plazo no mayor de 30 días (guarde una copia para su expediente). Un plan será seleccionado para usted si no regresa la forma a tiempo. Si usted no está obligado a suscribirse a un plan de atención administrada pero decide que quiere hacerlo, es su responsabilidad contactar a Opciones de Atención Médica (800-430-4263 [Inglés y otros idiomas]; 800-430-3003 [Español]; 800-430-7077 [TDD]) para mayor información y para solicitar el paquete.

<“Intervención” de Servicios Infantiles de California (California Children Services, CCS)> Si un menor tiene una condición de salud que le hace elegible para los Servicios Infantiles de California (CCS; vea las págs. 120–21), entonces CCS (no el plan de atención administrada) debe decidir si el menor necesita los servicios para esa condición. Existe una excepción a esta “intervención” cuando el servicio solicitado es atención médica o cuidados de enfermería en casa, en cuyo caso la solicitud para autorización del servicio va a Operaciones En Casa de Medi-Cal (vea la pág. 105). La intervención de CCS aplica únicamente a servicios que son necesarios debido a una condición médica elegible para CCS. El programa de atención administrada es responsable de los demás servicios.

<Exención de la Suscripción a un Plan de Atención Administrada> Aún cuando usted esté en un grupo para el cual la atención administrada sea obligatoria, puede calificar para una exención que le permita quedarse con Medi-Cal regular de pago por servicio. Para calificar, usted debe:

- .. Ser un Nativo Americano que haya sido aceptado para recibir servicios de salud en base a pago por servicio de una Institución India de Servicios de Salud (llamada “Exención del Programa Indio de Salud”); o
- .. Tener una compleja condición médica que esté siendo tratada por un proveedor de Medi-Cal que no es parte de ningún plan de atención administrada en el condado donde vive (llamado una “exención médica”).

La exención médica está diseñada para proteger a las personas con condiciones médicas complejas para que su atención no sea interrumpida antes de concluir el tratamiento o antes de que sea seguro cambiar a un nuevo proveedor. Puede calificar para una exención médica si:

- .. Está embarazada.
- .. Se encuentra bajo evaluación para trasplante de órgano o ha sido aprobado y se encuentra en espera del trasplante.
- .. Está recibiendo tratamiento de diálisis para enfermedad renal crónica.
- .. Tiene VIH/SIDA.
- .. Se le ha diagnosticado cáncer y actualmente se encuentra recibiendo un curso de terapia aceptada, como por ejemplo quimioterapia o radiación.

- ..Ha sido aprobado para una cirugía mayor y se encuentra esperando a que se le realice o se encuentra en el periodo postoperatorio inmediato.
- ..Tiene un desorden complejo y/o progresivo, como por ejemplo cardiomiopatía o esclerosis lateral amiotrófica, que ya se está tratando.
- ..Está suscrito en un programa de renuncia de Medi-Cal (vea las págs. 104–106) que le permite recibir servicios de enfermería subaguda, aguda, intermedia o especializada en casa.
- ..Está suscrito en un proyecto piloto de Medi-Cal.

No será elegible para una exención médica si (1) ha sido miembro de un plan de atención administrada por más de 90 días (esto no es base para rechazo en los condados GMC, pero se espera que la regla cambie pronto para que lo sea), (2) su actual proveedor de Medi-Cal tiene contrato con un plan de atención administrada en su condado, o (3) usted inició un tratamiento o estaba programado para iniciar tratamiento después de la fecha de su suscripción a atención administrada.

Para solicitar una exención, usted y su proveedor de servicios de salud deben llenar una forma de “Solicitud para Exención Médica de Suscripción a un Plan”. Para las exenciones del Programa de Renuncias y el Programa Indio de Salud, su proveedor debe llenar una forma de “Solicitud para Exención No Médica de Suscripción a un Plan”. Puede obtener estas formas en Opciones de Atención Médica (vea la pág. 109). Si usted desea una exención, solicítela a la mayor brevedad posible (de preferencia antes del final de los 30 días que tiene para llenar sus formas de suscripción [vea la pág. 109]) para evitar una interrupción en su atención.

Se pueden otorgar exenciones médicas por hasta 12 meses. Las ampliaciones no deben solicitarse hasta 11 meses después de que haya iniciado la actual exención. En caso de un embarazo, la ampliación puede otorgarse para abarcar el parto y 90 días posteriores al mismo.

Una exención médica aprobada puede ser revocada si su proveedor no coopera para verificar su condición médica o si el Departamento de Servicios de Salud determina que (1) la aprobación se hizo en base a información falsa o incorrecta, (2) su condición médica no es compleja, (3) usted ha terminado el tratamiento para su condición, o (4) el proveedor que solicitó la exención no le ha estado atendiendo a usted.

<Salir de un Plan de Atención Administrada de Medi-Cal > Si usted debe participar en atención administrada, aún puede cambiar de planes por cualquier razón si su condado tiene más de un plan de atención administrada de Medi-Cal. (Puede cambiar de proveedor aún cuando no pueda cambiar de planes [vea la pág. 109]). Las personas que de manera voluntaria se suscriben a un plan de atención administrada también pueden cambiar de planes o cambiar a Medi-Cal regular (pago por servicio). Llame a Opciones de Atención Médica (vea la pág. 109) para preguntar acerca de cómo hacer el cambio y solicitar una “Forma de Opción.”

Puede tardar hasta días para que le den de baja. Hasta que reciba un aviso de que se le ha dado de baja, debe seguir usando su antiguo plan. En ciertas situaciones de emergencia,

Opciones de Atención Médica debe responder a su solicitud de ser dado de baja en un plazo no mayor de 72 horas. Si tiene problemas para darse de baja, contacte al Ombudsman (Mediador) de atención administrada de Medi-Cal en el Departamento de Servicios de Salud (888-452-8609).

>>Apelaciones y el Derecho de Continuar con los Beneficios Durante la Apelación

Puede objetar la mayoría de las decisiones de Medi-Cal, incluyendo: rechazo de su solicitud, falta de respuesta a su solicitud, terminación o reducción de los beneficios, cantidad de y cambios en su costo compartido, rechazo de cobertura para atención específica, o falta de respuesta a una solicitud para que se cubra un servicio médico.

Usted tiene derecho a una Audiencia Justa con el Estado. Puede pedir esta audiencia en un plazo no mayor de 90 días a partir de su notificación sobre el problema (1) llamando al 800-952-5253, (2) llenando y regresando la forma que viene con la carta de rechazo (con frecuencia llamada “Aviso de Acción”), o (3) haciendo una solicitud por escrito que incluye su nombre, domicilio, número telefónico, número de seguro social y una descripción del problema que usted tiene (envíe esta información al domicilio identificado en el Aviso de Acción). La línea telefónica para solicitudes de audiencia con frecuencia está ocupada, por lo que necesitará intentarlo varias veces, y puede ser más fácil enviar por correo su solicitud de audiencia.

Si ya tiene Medi-Cal, puede continuar sus beneficios hasta la audiencia si pide dentro del tiempo permitido (10 días a partir de la fecha del aviso) conservar sus beneficios bajo “Ayuda Pagada Pendiente.” Exprese claramente al solicitar la audiencia que usted quiere que su elegibilidad y/o el servicio en cuestión continúe hasta que se decida su apelación. Recuerde, el tiempo para pedir una audiencia y continuación de beneficios empieza a correr a partir de la fecha que aparece en la notificación de la decisión que usted está objetando (no a partir de la fecha en que usted reciba la notificación).

Si usted está en un plan de atención administrada de Medi-Cal, además de ejercitar su derecho a una audiencia justa, puede presentar una queja por medio del plan y el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) (vea las págs. 48–50) y participar en el Sistema de Revisión Médica Independiente (vea las págs. 50–54). Puede pedir una audiencia justa y presentar una queja ante su plan al mismo tiempo.

Si tiene preguntas sobre cómo solicitar una audiencia o participar en una audiencia, una oficina local de servicios legales o de la Sociedad de Asistencia Legal pueden ofrecer ayuda.

<División de Atención Administrada de Medi-Cal—Oficina de Ombudsman> Para beneficiarios de Medi-Cal que sean miembros de planes de atención administrada, la División Atención Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Salud tiene una Oficina de Ombudsman (888-452-8609). Esta oficina puede ayudarle a ejercitar sus derechos como miembro de un plan de atención administrada. La oficina sirve como mediadora a nombre de los beneficiarios de Medi-Cal para que puedan obtener cobertura para servicios médicamente necesarios. La oficina también recibe y documenta quejas de

beneficiarios de Medi-Cal sobre planes de atención administrada y ayuda a los beneficiarios a usar los sistemas de quejas de sus planes. Además, la Oficina de Ombudsman monitorea las quejas para asegurarse de que sean atendidas de manera oportuna, y coordina la respuesta a solicitudes de audiencias justas.

>Planes de Salud Mental del Condado (MHPs)

Los planes de salud mental del condado tienen servicios de salud mental servicios de salud para niños, adolescentes y adultos con problemas emocionales. Los MHPs son planes de atención administrada de Medi-Cal para la salud mental. Cualquier persona elegible para Medi-Cal tiene derecho a recibir atención mental médicamente necesaria por medio de un MHP de condado.

Los servicios de salud mental son médicamente necesarios si (1) una persona tiene un problema de salud mental cubierto por MHP (como por ejemplo depresión, desorden de ansiedad, esquizofrenia, desórdenes de la alimentación, mal comportamiento y desórdenes de déficit de atención [pero no retraso mental, autismo o desórdenes de aprendizaje]); (2) tiene o es probable que tenga un impedimento significativo de una importante función vital; (3) la condición no responderá bien al tratamiento de un proveedor de servicios de salud física; y (4) los servicios propuestos tienen probabilidades de mejorar la salud mental de la persona. Para los menores de 21 años, el estándar de necesidad médica es más relajado, considera el efecto de los problemas emocionales sobre el desarrollo de un niño.

Los servicios de MHP deben ser provistos en el ambiente integrado más adecuado para sus necesidades y deben ser culturalmente sensibles y estar disponibles en diferentes idiomas. Con algunas excepciones, usted debe recibir atención de un proveedor que sea parte del MHP del condado. Los servicios incluyen evaluación, manejo de caso, terapia individual o en grupo, servicios de apoyo para medicamentos, rehabilitación para restaurar y mejorar las habilidades de la vida, intervención y estabilización de crisis, servicios de tratamiento residencial para crisis, así como programas residenciales de transición. Las personas menores de 21 años pueden calificar para el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT) (vea las págs. 98, 122), que incluye servicios adicionales como asesoría familiar, transporte a los servicios requeridos, y auxiliares individuales de comportamiento. Bajo el EPSDT, la elegibilidad es más amplia, y los menores reciben más servicios y tienen derecho a atención mental intensiva en sus hogares o comunidades.

Servicios Terapéuticos del Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS) es un nuevo servicio de salud mental de Medi-Cal que ofrece ayuda individualizada a corto plazo provista por un auxiliar capacitado para niños y jóvenes menores de 21 años y que tengan comportamientos que sean demasiado difíciles de manejar para sus familias (incluyendo colocaciones en hogares de crianza). El personal de TBS puede ayudar a los menores con control de impulsos y conducta, habilidades de comunicación y otras habilidades sociales y de la vida diaria que les ayudan a funcionar mejor en sus comunidades. Un niño / joven que esté teniendo una transición difícil o una crisis en su vida puede calificar si cumple con ciertos requerimientos de elegibilidad. Para más información o para solicitar participar en TBS, contacte al proveedor de servicios de

salud mental del menor, llame a la línea de acceso y crisis de MHP de su Condado, o escriba al director del MHP del Condado.

Para encontrar el MHP de su Condado, busque servicios de salud mental en las páginas del Gobierno del Condado en el directorio telefónico. Cada condado tiene un número gratuito para su MHP. Las líneas telefónicas de información / acceso para el MHP del Condado aparecen en la página de Internet Protection & Advocacy (www.pai-ca.org/pubs/529401.pdf). Llame para programar una evaluación en persona (su elegibilidad no debe decidirse por teléfono). Los MHPs de Condado no pueden tener listas de espera.

Si no está de acuerdo con una decisión (incluyendo rechazo de elegibilidad, terminación, el nivel de servicios que ofrece el MHP, o la manera en que se le está tratando) de un MHP de Condado o un programa que tenga contrato con el plan, usted tiene derecho a una apelación y a obtener una audiencia justa con el Estado. Las solicitudes de apelación / audiencia justa deben ser presentadas en un plazo no mayor de 90 días a partir de la notificación de la decisión que usted está objetando, pero debe presentarla en un plazo no mayor de 10 días para continuar con sus beneficios hasta la audiencia. Su tiempo para solicitar una audiencia empieza a correr en la fecha que aparece en la notificación (no en la fecha en que usted reciba la notificación).

Pida una apelación / audiencia (1) llenando y regresando el anverso de la forma de aviso de acción, (2) llamando al 800-952-5253, o (3) enviando una forma o carta de apelación con su nombre, número estatal de Medi-Cal o número del seguro social, domicilio y número telefónico al domicilio que aparece indicado para audiencias en el aviso de acción. Debe recibir una decisión en un plazo no mayor de 90 días a partir de la fecha en que presente su solicitud de audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión, puede objetarla en la corte estatal.

Al mismo tiempo que trata de obtener su audiencia justa, puede y debe seguir cualquier procedimiento de quejas que tenga su MHP de Condado. Si necesita ayuda para tratar con un MHP de Condado, contacte al Ombudsman en el Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health, www.dmh.cahwnet.gov; 800-896-4042; 800-896-2512 [TTY]) o a Protection & Advocacy (www.pai-ca.org; 800-776-5746) o a la Oficina de Derechos de los Pacientes (800-254-5166), que defiende los derechos de las personas con discapacidades psiquiátricas en hospitales del estado y ofrece asistencia técnica a defensores de los derechos de los pacientes en los condados.

Otra fuente de atención médica mental es el programa UMDAP (Método Uniforme para Determinar Capacidad de Pago) del Departamento de Salud Mental. El tratamiento es gratuito para Receptores Medi-Cal, asignados juveniles de la corte y estudiantes de educación especial con una referencia de la escuela. Para otras personas, existe una cuota por escalas que depende de la capacidad de pago, pero los terapeutas pueden pedir que la cuota no sea pagada si ocasionará tensión y dificultades.

>Programas para Personas Discapacitadas

>>Programa de Servicios de Apoyo en Casa (IHSS, por sus siglas en inglés)

El IHSS ayuda a personas discapacitadas a pagar servicios de asistencia personal que necesitan para quedarse de manera segura en sus propios hogares. Los servicios incluyen labores del hogar, preparación de alimentos, lavado de ropa, compra de víveres, acompañarle a citas médicas, ayudarlo a bañarse y vestirse, y algunos servicios paramédicos como inyecciones, inserción de catéteres, atención ventilatoria y de oxígeno, irrigación de colostomía, atención de heridas y otros servicios que requieren de procedimientos estériles. El IHSS pagará supervisión de protección para personas con impedimentos mentales severos.

Usted puede calificar para IHSS si recibe o es elegible para Ingreso Suplementario de Seguro / Pago Suplementario del Estado (SSI/SSP), o si usted no es elegible sólo debido a que su ingreso es demasiado alto, o si satisface la definición de discapacidad de SSI/SSP y recibe Medi-Cal. Para calificar, también debe: (1) ser residente de California y ser ciudadano de Estados Unidos o inmigrante “calificado” (vea la pág. 130); (2) vivir en su hogar (o en otro hogar de su elección); y (3) tener bienes limitados. Su ingreso determinará si usted tiene que pagar algo. Si obtiene beneficios del IHSS, también califica para Medi-Cal.

Para encontrar la oficina del IHSS cerca de usted, revise las páginas del Gobierno del Condado en el directorio telefónico correspondientes a su departamento local de servicios sociales o de asistencia social del condado. En un plazo no mayor de 30 días después de que usted presente su solicitud, un trabajador social del condado le visitará en su domicilio para entrevistarle y decidir si califica para el IHSS. Esta es su oportunidad para educar al trabajador del condado sobre su discapacidad y necesidades de atención. Si su solicitud es rechazada, se le debe decir por qué (consiga una decisión por escrito), y tiene derecho a apelar. Si se aprueba, se le dirá cuántas horas de servicios pagará el IHSS por semana. Luego usted contrata a alguien para que le proporcione los servicios autorizados (en algunos condados, los servicios provienen de un proveedor que tiene contrato con el condado), y lleva la cuenta de sus horas de trabajo. Un familiar puede ser un proveedor del IHSS, y el IHSS puede pagar a otra persona para que le atienda cuando su familiar no pueda hacerlo.

Si a usted no se le dan suficientes horas de servicios IHSS, puede objetar la decisión. Si sus beneficios de IHSS son reducidos o cortados, debe solicitar una audiencia (1) en un plazo no mayor de 10 días a partir de la fecha que aparece en la notificación que le informa sobre la decisión que usted está objetando, y (2) antes de que entre en vigor la reducción. Si apela a tiempo, hasta la audiencia, usted recibe todas las horas que se le habían asignado antes de la notificación de reducción/terminación.

Pida una audiencia (1) llenando y regresando el anverso de la forma de aviso de acción, (2) enviando una carta con su nombre, número de identificación estatal y apelación al domicilio que aparece en el aviso, o (3) llamando al 800-952-5253. Si necesita que la audiencia tenga lugar en su hogar y/o necesita un intérprete, incluya esa información con su solicitud de audiencia. Para mayores informes sobre el IHSS, visite www.pai-ca.org/pubs/mainlist.htm o llame al 800-776-5746 para ordenar material impreso.

El programa IHSS tiene dos partes: el Programa Residual IHSS y el Programa de Servicios de Atención Personal (PCSP). El PCSP se ofrece por medio de Medi-Cal. Los participantes de CalWORKS y receptores de SSI/SSP que cumplen con el requerimiento

de “condición discapacitante” son elegibles para servicios PCSP, los cuales incluyen asistencia para tomar medicamentos, higiene personal básica, comer, arreglo personal, y necesidades sanitarias. PCSP no cubre (1) casos que involucren sólo servicios domésticos, (2) tareas de supervisión de protección, (3) personas que cuidan a un cónyuge o hijo menor de edad, (4) “elegibles por ingreso” (generalmente, aquellas personas con un ingreso mayor que un nivel especificado), (5) receptores de “pago por anticipado” (aquellos que son elegibles para pagos antes de la provisión de servicios), y (6) personas cubiertas por un seguro de terceros. Cuando aplican estas exclusiones de PCSP, los servicios se reciben por medio del Programa Residual del IHSS.

>>Programa para Personas con Discapacidades Genéticas (GHPP, por sus siglas en inglés)

GHPP ayuda a pagar costos médicos y coordina la atención para personas que tienen ciertas condiciones hereditarias. Los beneficios incluyen servicios médicamente necesarios (incluyendo una evaluación y plan de tratamiento) de un Centro de Atención Especial; servicios de hospital; servicios de doctores y dentistas; medicamentos, suplementos alimenticios, productos sanguíneos, oxígeno, e insumos médicos; terapia física, ocupacional y del habla; servicios psicosociales; aparatos prostéticos y ortopédicos y equipo médico duradero; y algunos servicios de salud en casa. Usted recibe estos servicios de Centros de Atención Especial y hospitales y proveedores aprobados por GHPP. A excepción de las emergencias, usted debe obtener aprobación previa para los servicios. Si GHPP autoriza un servicio, el proveedor debe aceptar la tarifa de pago de GHPP y no puede cobrar más. Usted califica para GHPP si es residente de California y tiene una condición hereditaria (por ejemplo: fibrosis quística, enfermedad de células falciformes, hemofilia, enfermedad de Huntington, ataxia de Friedreich, enfermedad de Joseph, síndrome Von Hippel-Landau, o desórdenes metabólicos como enfermedad de Wilson y PKU). No hay límite de ingreso para GHPP, pero algunas familias pagan una cuota de suscripción anual dependiendo de la escala ajustable. Usted puede recibir beneficios GHPP si tiene seguro privado, Medicare, o Medi-Cal, pero GHPP sólo pagará cuando la atención que necesita no sea cubierta por uno de estos planes o programas. Al solicitar, se le puede pedir que solicite Medi-Cal también. Las personas menores de 21 años y que tengan una condición calificante recibirán servicios por medio de Servicios Infantiles de California (California Children Services, vea las págs. 120–21). Para solicitar participar en GHPP, llame al 800-639-0597 o 916-654-0503.

>>Centros Regionales

Los Centros Regionales sirven a personas con discapacidades de desarrollo y a sus familias. La ley estatal define una “discapacidad de desarrollo” como una discapacidad que empieza antes de que una persona llegue a los 18 años, sigue y se espera que siga indefinidamente y constituye una discapacidad sustancial para dicha persona. Este término incluye el retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, autismo y condiciones discapacitantes que están cercanamente relacionadas con el retraso mental o que requieren de un tratamiento similar a aquel requerido para personas con retraso mental. No incluye otras condiciones discapacitantes que son exclusivamente de naturaleza física.

Muchos de los derechos para personas con discapacidades de desarrollo se explican en la sección de Derechos de Protección y Defensa bajo la publicación de la Ley Lanterman (www.pai-ca.org/pubs/506301.html).

Los servicios de los Centros Regionales incluyen: manejo individualizado de casos; evaluación y diagnóstico; información y referencia; asesoría; rehabilitación y capacitación; asistencia para identificar y usar recursos comunitarios; defensa; apoyo familiar; planeación, colocación y monitoreo para atención fuera de casa las 24 horas; equipo especial; pañales; y ayuda de transporte.

Con las personas y las familias a los que sirven, los Centros Regionales desarrollan Planes de Programa Individual (IPPs) con metas para cada consumidor y servicios para ayudar a lograr cada meta (a los planes para niños menores de 3 años se les llama Planes Individuales de Servicio Familiar [IFSPs]). Estos planes dicen quién proporcionará y quién pagará cada servicio. La mayoría de los servicios son gratuitos, pero algunos requieren de copagos. Los Centros Regionales usan todos los demás recursos, incluyendo Medi-Cal, IHSS, la Administración de Seguridad Social, y el Departamento de Rehabilitación, antes de usar sus propios fondos. Pero si un servicio (incluyendo equipo médico duradero) está en el IPP o IFSP, el Centro Regional debe ofrecerlo si ninguna otra fuente lo hace.

Los solicitantes no necesitan ser ciudadanos o residentes legales. El nivel de ingreso no afecta la elegibilidad, y no hay cargo por diagnóstico o evaluación de elegibilidad. Para encontrar su Centro Regional local, contacte a la Asociación de Agencias de Centros Regionales (Association of Regional Center Agencies, 916-446-7961; www.arcanet.org).

El Departamento de Servicios del Desarrollo (Department of Developmental Services) cuenta con procedimientos para apelaciones y quejas acerca de Centros Regionales (www.dds.cahwnet.gov/quejas/main/complt.cfm). Protection & Advocacy, Inc. (PAI) está a cargo de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Clientes (Office of Clients' Rights Advocacy, 800-390-7032), que aboga por discapacitados de desarrollo que son consumidores de un Centro Regional.

>>Early Start (Inicio Temprano)

Early Start ofrece servicios relacionados con la discapacidad desde el nacimiento hasta los 33 meses de edad para niños que tienen un retardo en el desarrollo o tienen un alto riesgo de retardo o discapacidad de desarrollo. Los beneficios incluyen dispositivos y servicios de tecnología asistiva; servicios de audiología; terapia física, del habla y ocupacional; manejo de caso; transporte; asesoría de nutrición; y otros servicios relacionados con la salud. Algunos servicios pueden ser provistos por medio de un Centro Regional (ver arriba). Por medio de Centros y Redes de Recursos Familiares, Early Start ayuda a las familias de niños que participan en el programa de Early Start. Early Start no tiene límites de ingresos. Los solicitantes no necesitan ser residentes legales. Los niños con seguro pueden calificar, pero los Centros Regionales pueden pedir a la aseguradora que pague algunos servicios. Para solicitar, contacte a su Centro Regional local o al Área del Plan Local para Educación Especial (Special Education Local Plan Area, SELPA) o llame al 800-578-2592. La sección de Early Start en el Departamento de Servicios del

Desarrollo (www.dds.cahwnet.gov/EarlyStart/main/ESFamResource.cfm) enumera los Centros y Redes de Recursos Familiares, los cuales pueden ser recursos muy importantes.

>>Departamento de Rehabilitación y Programa de Asistencia al Cliente de California (California Department of Rehabilitation & the Client Assistance Program, CAP)

El Departamento de Rehabilitación de California ayuda a personas discapacitadas mayores de 16 años con asesoría, planeación, y asistencia de búsqueda de empleo para ayudarles a incorporarse a la fuerza laboral. Los clientes del Departamento de Rehabilitación reciben Planes Individuales de Empleo (IPEs). Si un IPE requiere de equipo médico duradero o un dispositivo de asistencia y no hay otra fuente que lo proporcione, el Departamento debe proporcionarlo por medio de su programa de Sistema de Tecnología Asistiva de California (California Assistive Technology System, CATS) programa. El Departamento de Rehabilitación también puede pagar otros servicios médicos que se necesitan para trabajar cuando no hay otra fuente de cobertura para los mismos. Por ejemplo, el Departamento puede pagar artículos como lentes, dientes, un ojo de vidrio y reparaciones a una extremidad prostética cuando dichos servicios de salud se necesiten para trabajar. Para contactar al Departamento de Rehabilitación, consulte las páginas del Gobierno Estatal en el directorio telefónico o www.rehab.cahwnet.gov/district.htm.

El Programa de Asistencia al Cliente (Client Assistance Program, CAP) ofrece servicios gratuitos para personas que solicitan y utilizan programas financiados por medio del Departamento de Rehabilitación. Defensores locales independientes proporcionan servicios CAP, los cuales incluyen información acerca de servicios disponibles y derechos de los consumidores, investigación de quejas, y ayuda con problemas, revisiones administrativas, y audiencias justas. Para información acerca de CAP, llame al 800-952-5544 (voz) o 800-598-3273 (TTY).

>>Proyectos para Asistencia en la Transición de la Indigencia (PATH)

Muchos condados operan Proyectos para Asistencia en la Transición de la Indigencia con referencias, rehabilitación y servicios de vivienda, así como tratamiento de drogas o alcohol para indigentes con enfermedades mentales. Para determinar si usted puede recibir los servicios de PATH, contacte al Coordinador PATH al (916) 654-8643.

>>Programa de Asistencia de Medicamentos para SIDA (ADAP)

ADAP paga los medicamentos de tratamiento de VIH/SIDA para personas VIH positivas que no puedan pagarlos. ADAP cubre medicamentos que prolongarán la calidad de vida y ayudarán a evitar el deterioro de la salud (algunos medicamentos relacionados con VIH/SIDA pueden no estar cubiertos). Dependiendo del ingreso de la persona, los medicamentos serán gratuitos o habrá un copago. Los solicitantes deben ser residentes de tener cuando menos 18 años, tener un diagnóstico de VIH, cumplir con las restricciones de ingresos, tener una receta de un médico con licencia en California, y no tener otro seguro que pague el medicamento. Como parte del proceso de solicitud, puede tener que

solicitar para Medi-Cal también. En algunos casos, ADAP puede ayudarle con los copagos o deducibles de seguro privado o su costo compartido de Medi-Cal para medicamentos que están cubiertos por ADAP. California tiene muchos sitios de suscripción ADAP y farmacias participantes. Contacte a la Corporación de Desarrollo de Administración Profesional (Professional Management Development Corporation, 888-311-PMDC [7632]; www.pmdc.org), que está a cargo de ADAP, o a la Oficina Estatal del SIDA (916-445-0553).

>>CARE/HIPP

Para información acerca de CARE/HIPP, que ayuda a personas con VIH/SIDA a pagar las primas de seguro privado, vea la pág. 34. Para programas para niños que tienen o están en riesgo de contraer VIH/SIDA, vea a continuación.

>Programas para Niños

>>Programa Healthy Families (Familias Saludables)

El Programa Healthy Families tiene seguro médico de bajo costo para niños no asegurados menores de 19 años que no son elegibles para Medi-Cal sin costo compartido. (Otros niños pueden obtener Healthy Families a medida que vaya a terminar su Medi-Cal u otro seguro.) La familia del menor debe cumplir con ciertas restricciones de ingreso (usualmente hasta el 250% del nivel federal de pobreza), y el menor debe ser residente de California y tener evidencia de que es ciudadano Estadounidense, nacionalizado Estadounidense no ciudadano, o un inmigrante elegible “calificado” (vea la pág. 130). La situación migratoria de los padres del menor no importa para este programa.

Si usted está embarazada y su bebé no tendrá seguro al nacer, puede solicitar hasta tres meses antes de la fecha programada para el nacimiento del bebé. Los padres, tutores legales, padrastros, padres de crianza o familiares que cuidan del menor pueden solicitar a su nombre, y sólo se tomará en cuenta el ingreso de los padres. Los jóvenes de 18 años o que viven por su cuenta pueden solicitar para sí mismos y sus propios hijos. Puede solicitar participar tanto en Healthy Families como en Medi-Cal con la misma solicitud.

Una vez que su hijo esté suscrito, usted elige los planes de salud, dental y de la vista que cubren consultas con el médico, vacunas, hospitalizaciones, medicamentos con receta, equipo médico duradero, terapia ocupacional, física y del habla, atención médica mental, servicios de abuso de sustancias y otros beneficios.

Las cuotas mensuales son de \$4 a \$9 dólares por niño, hasta un máximo de \$27 por familia. Algunos servicios tienen un copago de \$5 dólares. Los niños con cobertura de Healthy Families también pueden calificar para servicios de Servicios Infantiles de California (California Children Services, vea las págs. 120–21), Programa de Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (Child Health and Disability Prevention Program, vea la pág. 122), y/o Planes de Salud Mental del Condado (vea las págs. 112–14).

Si su solicitud para Healthy Families es rechazada o usted es dado de baja, puede apelar. Debe presentar su apelación en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha que aparece en la notificación escrita de la decisión que usted está objetando. Puede usar la forma provista con la notificación o puede escribir una carta. Su apelación debe ser por escrito y debe incluir:

- .. El Número de Miembros de su Familia;
- .. Una copia de la notificación por escrito o una descripción de la decisión que usted está apelando;
- .. Su explicación de por qué cree que la decisión es errónea;
- .. Cuáles reglas del Programa Healthy Families usted cree que fueron violadas y dónde encontró dicha regla (para hacer esto, puede necesitar pedir las reglas por escrito y otros documentos; llame al 800-880-5305 o visite la página de Internet del programa en www.healthyfamilies.ca.gov/handbook);
- .. El resultado que usted pretende obtener; y
- .. Cualquier otra información que quiera que el programa considere.

Envíe su apelación al Programa Healthy Families, Atención: Departamento de Apelaciones (Appeals Department), P.O. Box 138005, Sacramento, CA 95813-8005. El programa debe darle una decisión por escrito sobre su apelación en un plazo no mayor de 30 días.

Puede también apelar las decisiones de los planes de salud, dental, y de la vista. Para hacer esto, siga las políticas y procedimientos del plan para presentación de quejas y apelaciones. Al suscribir a su hijo, debe recibir un folleto (usualmente llamado “Evidencia de Cobertura” o “Certificado de Seguro”) que explica cómo objetar una decisión del plan. Vea las págs. 45–58 para más detalles sobre disputas con planes de salud.

California está buscando permiso del gobierno federal para que Healthy Families esté disponible para padres sin seguro. Como resultado de esto, es posible que el programa pronto cubra a padres de familia con ingresos de hasta 250% del nivel federal de pobreza.

Para información acerca del Programa Healthy Families, llame al 888-747-1222 (Healthy Families y Medi-Cal), 800-880-5305 (Healthy Families únicamente), o 800-735-2929 (por medio del Servicio Relay de California), o visite www.healthyfamilies.ca.gov.

>>Servicios Infantiles de California (California Children Services, CCS)

CCS ayuda a proporcionar servicios, equipo y rehabilitación médica para niños y jóvenes menores de 21 años con condiciones médicas serias y que provengan de familias que no puedan pagar parte o la totalidad de su atención.

Las condiciones médicas que califican para CCS incluyen: condiciones cardíacas, neoplasmas, enfermedades de la sangre o del sistema respiratorio, nervioso o genito-urinario, enfermedades endócrinas, nutritivas y metabólicas, defectos de nacimiento serios, enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo, enfermedades de

los órganos sensoriales, desórdenes severos del sistema inmune, como por ejemplo VIH; lesiones discapacitantes e intoxicaciones que requieren de cuidados intensivos o rehabilitación, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, así como maloclusión médicamente incapacitante (dientes severamente torcidos). CCS pagará por servicios de diagnóstico si considera que su hijo puede tener una condición elegible.

Para calificar, el niño debe ser (1) menor de 21 años, (2) residente permanente del condado de California donde solicite participar, (3) tener una condición médica elegible por CCS, y (4) tener un ingreso familiar anual de menos de \$40,000 dólares. Los niños con un ingreso familiar mayor pueden calificar si se espera que la atención médica para la condición elegible por CCS cueste más del 20% del ingreso familiar. El ingreso no importa para niños adoptados. El ingreso tampoco importa para servicios en Unidades de Terapia Médica (las cuales tienen terapia física y ocupacional para niños con parálisis cerebral y otras condiciones neuromusculares).

Los servicios de CCS incluyen: servicios de diagnóstico; manejo de caso; servicios de hospital y médico; servicios de laboratorio y rayos X; insumos y equipo médico; medicamentos; equipo médico duradero; lentes; prótesis y equipo ortótico; diálisis; servicios de transplantes y donantes de órganos; audiología y servicios de asistencia auditiva; atención médica en casa y terapia de infusión en casa; servicios de rehabilitación incluyendo terapia física, ocupacional y del habla; atención dental y ortodóntica; transporte médico; y pruebas y monitoreo confidencial de VIH.

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios para la condición elegible para CCS y requieren previa autorización escrita de CCS (excepto en una emergencia). CCS puede enviar a los niños a Centros de Atención Especial donde se proporciona atención a cargo de un equipo de especialistas. Los centros son recursos importantes puesto que pueden coordinar la atención de un niño y tienen experiencia especial con los tipos de discapacidades cubiertos por CCS.

CCS no tiene cuotas para niños con Medi-Cal completo o cobertura de Healthy Families, pero otras familias pueden pagar cuotas dependiendo del ingreso familiar y el tamaño de la familia. CCS maneja atención médica para niños que tienen Medi-Cal y necesidades especiales de salud y que pueden pagar algunos de los servicios no cubiertos por Medi-Cal. Los niños elegibles para CCS que tienen Medi-Cal tienen derecho a manejo de caso por parte de CCS. Algunos niños califican para servicios tanto de CCS como de un Centro Regional. Un niño puede recibir manejo de caso de CCS aún cuando tenga otra cobertura de salud. CCS puede pagar por servicios que no son cubiertos por la HMO de un niño elegible.

Puede apelar las decisiones de CCS acerca de la elegibilidad y rechazos de autorización. DCCS debe darle una notificación por escrito de sus decisiones y debe informarle acerca de sus derechos de apelación.

Cualquier persona, incluyendo a un doctor o plan de salud, puede referir a un niño a CCS. Encuentre su oficina local de CCS llamando al departamento de salud del condado, que aparece en las páginas del Gobierno del Condado en el directorio telefónico, o a la oficina regional de CCS (California del Norte: 415-904-9699; California del Sur: 213-897-3574; Sacramento: 916-653-8050; TDD/Relay: 916-654-0476).

>>Programa para Niños con VIH

El Programa para Niños con VIH es un programa de CCS para niños menores de 2 años que pueden estar infectados con VIH. (Para bebés nacidos de madres VIH positivas, puede pasar varios meses antes de que se pueda hacer una prueba precisa de VIH.) Este programa, que no tiene requerimientos residenciales o de ingreso para la elegibilidad, proporciona pruebas e información, y monitorea la aparición de síntomas de VIH. Si se determina que el tiene VIH o SIDA, puede ser elegible para servicios CCS servicios (vea arriba). Para más información, contacte a su oficina local de CCS.

>>Programa de Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (Child Health and Disability Prevention Program, CHDP)

El CHDP proporciona atención médica preventiva para niños de hasta 21 años (si tienen Medi-Cal) o hasta los 19 (si no califican para Medi-Cal pero tienen ingresos familiares de hasta 200% del nivel federal de pobreza). El CHDP también sirve a niños en los programas Head Start o Preescolar Estatal. Los solicitantes no tienen que ser residentes legales. Por medio del CHDP, se pueden identificar tempranamente los problemas de salud, y las referencias de tratamiento pueden evitar o ayudar el desarrollo de condiciones más serias.

Los niños en CHDP reciben evaluaciones de salud regularmente programadas que incluyen: revisiones físicas, pruebas del oído y la vista, vacunas, cuidados dentales, evaluaciones nutricionales, educación de la salud y ciertas pruebas de laboratorio. El CHDP puede coordinar la atención y ayudar a las familias para programar citas y obtener acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento. Los médicos privados pueden llamar a las oficinas del CHDP para solicitar servicios para sus pacientes.

Los servicios del CHDP para niños con Medi-Cal deben seguir las regulaciones federales para el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT), el cual requiere de una atención médica comprehensiva para niños con Medi-Cal (vea la pág. 98). Bajo EPSDT, el CHDP debe asegurar que se hagan los arreglos para los servicios de tratamiento y que los niños puedan acudir al tratamiento. Si usted no está recibiendo los servicios de apoyo que necesita, puede pedir una audiencia justa de Medi-Cal (vea las págs. 111–12). Para encontrar su oficina local del CHDP, llame al 888-604-INFO (4636) o al 800-427-7937.

>>CaliforniaKids

CaliforniaKids proporciona seguro médico a niños de familias de escasos recursos que: (1) no son elegibles para Medi-Cal total sin costo compartido o ciertos otros programas de atención médica pública como Healthy Families y (2) no tienen seguro o tienen seguro con un deducible de al menos \$2,000 dólares. Los niños que reciben atención especializada por medio de Servicios Infantiles de California (vea las págs. 120–21) pueden calificar para servicios básicos para pacientes externos por medio de CaliforniaKids. Los solicitantes no necesitan ser residentes legales. Dependiendo del

ingreso, puede haber una cuota mensual de \$20 a \$35 dólares, o no haber cuota mensual, con copagos de \$5 a \$15 dólares.

Los beneficios de CaliforniaKids cubren atención preventiva y atención primaria con proveedores participantes, incluyendo visitas al consultorio médico, atención dental y de la vista, medicamentos con receta, servicios de laboratorio, servicios de abuso de sustancias, y atención médica mental. No se cubren hospitalizaciones ni cirugías mayores, y la cobertura para atención de emergencia es limitada. La red de proveedores de CaliforniaKids, por medio de la cual se tiene acceso a los servicios, incluye clínicas comunitarias, consultorios independientes y grupos médicos. Para más información, llame al 818-461-1400.

>>Plan de Salud Infantil Kaiser Permanente Cares for Kids

El Plan de Salud Infantil Kaiser Permanente Cares for Kids proporciona cobertura de atención médica para niños que (1) son menores de 19 años, (2) tienen un ingreso familiar entre 250% y 300% del nivel federal de pobreza, (3) viven dentro del área de servicio de Kaiser Permanente, División California, (4) no tienen seguro médico, y (5) no son elegibles para Healthy Families o Medi-Cal sin costo o seguro por medio del patrón de su padre o madre que pague cualquier porción de los costos de la cobertura del menor. La elegibilidad para Medi-Cal de costo compartido no descalifica a un menor.

Las solicitudes para el Plan de Salud Infantil de Kaiser Permanente deben incluir a todos los niños en un hogar que puedan calificar. La solicitud pide el número de seguro social del niño, pero no se requiere de un número del seguro social para suscribirse. Los niños inmigrantes indocumentados pueden calificar. Kaiser Permanente no preguntará acerca de la situación migratoria y no requiere comprobante alguno de ciudadanía o situación migratoria para el Plan de Salud Infantil.

El Plan de Salud Infantil cubre atención médica preventiva, primaria, y especializada (incluyendo visitas al consultorio, vacunas, atención de la vista, medicamentos con receta, equipo médico duradero, atención médica mental, servicios de abuso de sustancias, educación de salud, servicios de hospital, rayos X, y pruebas de laboratorio) en hospitales y consultorios médicos Kaiser. Las primas mensuales son de \$35 dólares por menor, para un máximo de tres niños. Cualquier niño adicional en la familia es cubierto sin cargo adicional. Algunos servicios requieren de un copago de \$5 a \$10 dólares. Para un paquete de solicitud o más información, llame al 800-255-5053 o 800-777-1370 (TDD).

>>Distritos Escolares Locales

Los distritos escolares pueden ser una fuente de beneficios de salud puesto que deben proporcionar “servicios relacionados,” que son todo tipo de servicios necesarios para ayudar a un estudiante a beneficiarse de su programa de educación de especial. Estos servicios pueden incluir ciertos servicios de salud, terapia física y ocupacional, asesoría psicológica y otros servicios de salud mental, terapia del habla y del lenguaje, audiología, y servicios de trabajo social. La clave es que los servicios estén relacionados con la habilidad del menor de tener éxito en la escuela. Los servicios físicos especializados de

atención médica pueden ser provistos por un auxiliar de salud en casa por medio de Medi-Cal (si el menor califica para Medi-Cal y se cumplen ciertas otras condiciones) o por el distrito escolar (por medio de una enfermera calificada de la escuela u otra persona calificada). El IEP del menor (Programa de Educación Individualizada) debe identificar los servicios específicos que necesita y cómo, cuándo y dónde se proporcionarán los servicios.

Algunos niños con discapacidades necesitan de tecnología asistiva para obtener el beneficio de la educación. Bajo la Ley para la Educación de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), un “dispositivo de tecnología asistiva” es cualquier artículo, pieza de equipo, o sistema de producto que se usa para incrementar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de un menor discapacitado. El término “dispositivo de tecnología asistiva” incluye lentes y aparatos auditivos, pero no medicamentos. Los distritos escolares deben pagar los dispositivos de tecnología asistiva y servicios si no existen otras fuentes de financiamiento (como por ejemplo seguro privado, Medi-Cal, o rehabilitación vocacional) disponibles. Los distritos escolares no pueden cobrar a los padres la tecnología asistiva ni exigir que la compren. Técnicamente, el distrito escolar sigue siendo propietario de la tecnología asistiva que proporciona al menor. La escuela debe permitir que el menor use la tecnología asistiva en casa y en cualquier otro lado si el menor la necesita para recibir una educación pública gratuita y adecuada.

La ley de California requiere que las dependencias estatales se coordinen y compartan los recursos necesarios para que los niños reciban una educación pública gratuita y adecuada. Como resultado de esto, Servicios Infantiles de California, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Servicios Sociales, y/o el Departamento de Rehabilitación pueden ser responsables de proporcionar algunos de los servicios que el menor necesita, como por ejemplo terapia física y ocupacional, asesoría de salud mental, colocación residencial, un auxiliar de salud en casa, y/o servicios de rehabilitación. Sin embargo, la agencia local de educación y el Departamento de Educación de California siguen siendo responsables de asegurarse que el menor reciba estos servicios. Visite www.pai-ca.org/pubs/mainlist.htm para más información sobre los derechos y responsabilidades de la educación especial.

>Programas para Mujeres Embarazadas, Nuevas Madres y Sus Pequeños Hijos

>>Acceso para Bebés y Madres (Access for Infants & Mothers, AIM)

El Programa AIM proporciona seguro médico a mujeres embarazadas no aseguradas de ingresos moderados y a sus recién nacidos. Por medio de contratos con planes de salud comerciales, el AIM cubre toda la atención médicamente necesaria para mujeres embarazadas durante sus embarazos y partos, y durante 60 días después del alumbramiento. AIM también cubre atención pediátrica, incluyendo revisiones del bebé hasta los 2 años de edad.

Para todos los servicios hasta el primer cumpleaños del bebé, el costo total es del 2% del ingreso bruto familiar anual (pagadero en abonos mensuales). El segundo año de

cobertura cuesta \$50 dólares si las vacunas del bebé están al corriente o \$100 dólares si no lo están. Si usted tiene partos múltiples, este pago es por cada bebé. No hay copagos, deducibles, ni costos de laboratorio o farmacia.

Para calificar para AIM, usted (1) debe estar embarazada pero con no más de 30 semanas al momento de solicitar, (2) debe haber vivido en California durante al menos seis meses, (3) no debe tener Medi-Cal sin costo ni Medicare al momento de solicitar (el Medi-Cal de costo compartido está bien), (4) no debe tener otro seguro ni tener un copago o deducible separado exclusivo para maternidad mayor de \$500 dólares, y (5) cumplir con los requerimientos de ingresos de AIM. Para más información o para obtener una solicitud, llame al 800-433-2611 o 888-387-6924/213-365-3488 (TDD), o vaya a la página de Internet de la Junta de Seguro Médico de Riesgo Administrado (Managed Risk Medical Insurance Board) en www.mrmib.ca.gov/MRMIB/AIM.html.

>>Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, & Children, WIC)

WIC ayuda a las mujeres embarazadas, que están amamantando y posparto, así como a niños menores de 5 años que necesitan una mejor nutrición. Los beneficios gratuitos de WIC incluyen cupones de comida y fórmula, asesoría de nutrición, apoyo para amamantar, y referencias para atención médica y otros servicios. Existen límites de ingreso (el ingreso bruto debe estar al o por debajo del 185% del nivel federal de pobreza), pero las familias que trabajan pueden calificar, y no hay cargo por los beneficios de WIC. Si recibe Medi-Cal, CalWORKS (antes AFDC), o cupones de comida, usted cumple con el requerimiento de elegibilidad de ingreso de WIC. WIC no requiere de un número de seguro social ni de comprobante de situación migratoria.

WIC no siempre tiene suficiente dinero para servir a todos los que califican, por lo que tiene una lista de espera y da prioridad a las mujeres y niños con las necesidades más serias. WIC es un programa a corto plazo; los participantes usualmente obtienen beneficios durante seis meses a un año, y luego vuelven a solicitar si lo necesitan. Los participantes de WIC que son mal tratados o cuyos beneficios son cortados pueden solicitar una audiencia (hágalo por escrito y guarde una copia). Para la oficina WIC más cercana, llame al 888-WIC-WORKS (888-942-9675) o 888-WIC-BABY (888-942-2229).

>>BabyCal

La línea telefónica BabyCal (800-BABY-999 [222-9999]) tiene información y referencias acerca de atención médica local y otros programas para mujeres embarazadas, incluyendo atención prenatal, servicios especiales para mujeres embarazadas con diabetes, y servicios de manejo de caso para mujeres Afroamericanas embarazadas y con hijos.

>Otros Recursos de Atención Médica

>>Clínicas de Atención Médica

Las clínicas de atención médica en todo California ofrecen atención médica gratuita o de bajo costo. Algunas son privadas, otras son parte del programa de salud de un condado (las clínicas del condado deben proporcionar atención para residentes del condado con muy bajos ingresos). Los servicios con frecuencia incluyen revisiones, vacunas, planificación familiar, atención prenatal, atención para enfermedades de transmisión sexual y referencias para especialistas y otros servicios médicos.

Las clínicas usualmente toman Medi-Cal y Medicare y pueden también aceptar otro seguro. Las personas no aseguradas generalmente pagan una cuota de escala ajustable dependiendo del ingreso familiar. Es posible que tenga que mostrar un comprobante de ingreso antes de su cita.

Para encontrar una clínica cerca de usted, llame a la Asociación de Atención Primaria de California (California Primary Care Association, 888-895-0808). Otras fuentes de información acerca de atención médica gratuita y de bajo costo son www.personassguide.org (que también tiene recursos para tratamiento de drogas y alcohol), www.harp.org/clinics.htm (recursos de California del Sur), www.bphc.hrsa.gov/databases/fqhc (programas federales que ofrecen servicios de atención médica primaria), y las páginas del Gobierno del Condado o la sección amarilla de su directorio telefónico.

>>Programa de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services Program, CMSP)

CMSP proporciona servicios médicos y dentales a personas de 21 a 64 años de edad que viven en los 34 condados rurales de California y que no tienen otro seguro médico. Usted no es elegible para este programa si califica para Medi-Cal. Puede solicitar en una oficina de servicios sociales o asistencia social del condado y en algunos condados, en otros sitios como hospitales. Para calificar para CMSP, usted debe tener bienes limitados. También debe ser ciudadano de Estados Unidos o tener una situación migratoria legal si quiere los servicios completos de CMSP; atención restringida de emergencia y seguimiento pueden estar disponibles si su situación migratoria no es legal.

Puede tener un costo compartido dependiendo de sus ingresos y el número de personas en su familia. De ser así, cada mes que usted tenga gastos médicos debe pagar su costo compartido antes de que CMSP empiece a pagar los servicios cubiertos. Puede tener un copago de \$1 dólar para visitas al consultorio y medicamentos y un copago de \$5 dólares para visitas a la sala de emergencias.

Si está suscrito a CMSP, puede recibir servicios médicamente necesarios cubiertos de cualquier proveedor Medi-Cal aprobado en California. Debe mostrar su Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) al proveedor y asegurarse de que sea un proveedor CMSP antes de recibir los servicios CMSP.

Los servicios cubiertos por CMSP incluyen: atención en hospital y clínica de paciente externo, atención médica diurna para adultos, audiología y aparatos auditivos, sangre y derivados sanguíneos, servicios de hemodiálisis crónica, servicios dentales, equipo médico duradero, transporte médico, lentes y dispositivos oculares, servicios de agencia

de salud en casa, servicios de laboratorio y radiología, insumos médicos, terapia ocupacional y física, servicios de los doctores, servicios de optometría, desintoxicación de heroína como paciente externo, medicamentos con receta, servicios de podiatría, aparatos prostéticos/ortóticos, servicios en un centro de rehabilitación, y patología del habla.

CMSP no cubre servicios relacionados con el embarazo; atención a largo plazo; servicios de quiroprácticos, acupunturistas y psicólogos; ni cualquier servicio no cubierto por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de un condado, puede pedir una audiencia enviando una solicitud por escrito a la oficina de asistencia social / servicios sociales del condado. Si ya está en CMSP y solicita la audiencia antes de que el condado tome la acción que usted está objetando, puede seguir recibiendo los beneficios hasta la audiencia.

>>Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama (Breast Cancer Early Detection Program, BCEDP)

BCEDP proporciona exámenes clínicos gratuitos de seno, mamografías y otros servicios que se necesitan para detectar el cáncer de mama. Estos servicios están disponibles en todo California para mujeres de bajos ingresos de 50 años y más (40 años y más para aquellas mujeres de alto riesgo). Llame al BCEDP (800-511-2300; www.nccc.org) para encontrar los servicios cerca de usted.

>>Departamento de la Ancianidad de California (California Department of Aging)

El Departamento de la Ancianidad de California (800-510-2020) proporciona información sobre programas que dan servicio a personas de la tercera edad en su área. Pueden darle el número de la Agencia de Area sobre la Ancianidad más cercana a usted, la cual es responsable de asegurarse que las personas de la tercera edad reciban los servicios que necesitan.

>>Administración de Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration, VHA)

Si usted es un veterano, puede ser elegible para beneficios de salud por medio de la Administración de Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration). Llame al 877-4-USA-VET (877-487-2838) para mayores informes.

>Equipo Médico Duradero (DME) y Tecnología asistiva (AT)

Muchas personas discapacitadas se apoyan en tecnología asistiva, equipo médico duradero, insumos médicos, prótesis, y dispositivos aumentativos y alternativos. Aquellos que cuentan con seguro privado primero deben acudir a su plan de salud para la compra y mantenimiento de DME. Muchos de los programas de beneficios públicos de salud descritos en este manual tienen cobertura DME, pero algunos sólo pagarán cuando nadie más lo hará. La regla general es que el seguro privado paga primero si cubre DME, luego

los programas federales como Medicare, y luego los programas estatales de salud. También existe un orden en el cual pagan los programas estatales.

La tecnología asistiva con frecuencia se usa para ayudar en la comunicación. Ejemplos incluyen lectores de pantalla, lentes y aparatos auditivos, grabadoras, impresoras Braille, escáneres, computadoras especiales y software, incluyendo software de reconocimiento de voz, así como dispositivos de señalización especiales para computadora. Los planes de salud y programas de beneficios públicos de salud usan diferentes definiciones de “tecnología asistiva,” y algunos pueden considerarla DME. Para más información acerca de AT y recursos relacionados, visite www.pai-ca.org/pubs/401801.htm, www.nls.org, o www.atnet.org/recursos/links.html.

Aunque los planes de salud y programas de beneficios públicos de salud pueden usar diferentes definiciones de “equipo médico duradero,” generalmente es equipo médico que:

- .. Es recetado por un proveedor autorizado;
- .. Puede ser usado repetidamente;
- .. Se usa para servir a un fin médico;
- .. No sería útil para una persona que no esté enferma, lesionada, o discapacitada; y
- .. Es adecuado para usarse en el hogar de una persona (algunas definiciones de DME no se concentran en el hecho de que el equipo se use en casa, y algunas permiten el uso en una institución residencial).

Aunque los artículos desechables no son usualmente considerados DME, los suministros para incontinencia y ciertos otros insumos médicos con frecuencia sí lo son. La determinación de si un artículo en particular satisface la definición de DME con frecuencia se hace caso por caso. Por ejemplo, si el equipo médico mejorará la seguridad, puede argumentarse que sirve un fin médico y beneficiará su salud. La clave es poder probar que el DME es médicamente necesario.

Ejemplos de DME incluyen sillas de ruedas básicas y especiales, muletas, bastones, caminadoras, cómodos de cama, camas de hospital, asientos elevados para sanitario, sillas para la ducha, oxígeno y equipo para oxígeno, monitores de apnea, entubado, bombas de insulina, bolsas de colostomía, pulmones de hierro y monitores de glucosa. El equipo ortótico y prostético usualmente se clasifica por separado del DME. Las modificaciones a la vivienda generalmente no son consideradas DME.

Si usted no tiene seguro privado pero tiene Medicare, la Parte B de Medicare pagará el 80% de lo que diga que es un precio razonable para el DME. Usted paga el otro 20%. Para artículos a la medida, usted paga el 20% que Medicare no cubre más el costo de la adaptación, pero puede obtener un reembolso por parte de la adaptación si convence a Medicare de que los cambios fueron médicamente necesarios. Las HMOs de Medicare (vea las págs. 89–92) deben seguir las reglas de Medicare para el DME. Medicare también puede cubrir tecnología asistiva dependiendo del caso. Para encontrar un proveedor de DME aprobado por Medicare o para los trámites de una factura de DME, llame al 800-899-7095.

Medi-Cal también cubre DME y suministros relacionados, pero debe obtener una autorización previa. Si ya no necesita el DME, debe regresarlo. Medi-Cal cubrirá DME para un padre o madre, padrastro o madrastra, padre o madre de crianza, o tutor legal con una discapacidad si necesita el equipo para cuidar a su hijo. Si usted necesita de tecnología asistiva, puede tratar de demostrar a Medi-Cal que queda dentro de la definición de DME.

Si usted califica tanto para Medicare como Medi-Cal, Medi-Cal pagará la porción no cubierta por Medicare (20% de la cantidad que Medicare ha decidido es razonable para el DME). Si usted tiene Medicare y Medi-Cal, su proveedor de DME debe primero obtener la aprobación de Medi-Cal, y luego facturar a Medicare. De esta manera, Medi-Cal garantizará su tarifa de pago.

Servicios Infantiles de California (CCS) también paga DME. Si un menor califica tanto para CCS como para Medi-Cal, CCS es el primero en decidir si se necesita el DME y en pagarlo.

Otras fuentes de cobertura para DME y/o tecnología asistiva incluyen Healthy Families, GHPP, los Centros Regionales, Early Start, el Departamento de Rehabilitación, la Administración de Salud de los Veterans, el Programa de Servicios Médicos del Condado, y los distritos escolares locales (como parte del programa de educación especial de un menor). Además, los centros de vida independiente pueden ayudarle a obtener DME y tecnología asistiva. Vea la página de Internet de Protection & Advocacy (Protección y Defensa) para aprender más acerca de cómo obtener tecnología asistiva (www.pai-ca.org/pubs).

Si usted tiene problemas para que su programa de beneficios públicos cubra sus necesidades DME, una oficina local de servicios legales o Protection & Advocacy (800-776-5746) pueden ayudarle. Si el problema es con un Centro Regional, intente con la Oficina de Defensa de los Derechos de los Clientes (Office of Clients' Rights Advocacy, 800-390-7032).

>Beneficios Públicos de Salud Disponibles para Inmigrantes

Tanto los inmigrantes documentados como indocumentados pueden participar en algunos, pero no en todos, los programas de beneficios públicos de salud descritos en este manual si cumplen con los requerimientos de elegibilidad del programa. Si usted no tiene permiso del INS para estar en Estados Unidos, usted es indocumentado. Aún cuando sea indocumentado, sus hijos nacidos en Estados Unidos son ciudadanos. Los requerimientos de elegibilidad pueden cambiar para los diferentes programas; llame al programa o visite su página de Internet para investigar sus más recientes requerimientos respecto a la situación migratoria.

Algunos programas públicos, incluyendo Medi-Cal, tienen una política de no preguntar a los clientes si tienen documentos. Pero los defensores de los inmigrantes recomiendan que, en general, usted no diga que es indocumentado. En lugar de ellos, si se le pregunta, los defensores recomiendan que usted diga que es un "inmigrante no calificado" (ver abajo) o que no tiene número de seguro social.

La oficina de asistencia social puede preguntar acerca de la situación migratoria sólo a los solicitantes. Usted no tiene que responder a las preguntas acerca de la situación migratoria o números de seguro social de miembros de la familia que no están buscando beneficios de salud.

>>>Programas Disponibles para Inmigrantes Indocumentados

Si usted es indocumentado, puede ser elegible para Medi-Cal Restringido (vea la página 104), el cual puede cubrir atención de emergencia, servicios de salud para mujeres embarazadas (incluyendo atención prenatal), planificación familiar, cuidados en hogar de atención a enfermos, y diálisis renal. Para obtener Medi-Cal Restringido, usted debe (1) tener bajos ingresos, (2) vivir y planear quedarse en California, y (3) ser menor de edad, padre o madre, anciano, mujer embarazada, o discapacitado. Si solicita Medi-Cal Restringido, el Programa Medi-Cal no debe reportarle al INS.

Los inmigrantes indocumentados también pueden ser elegibles para los servicios del Centro Regional (vea las págs. 116–17), atención médica mental (vea las págs. 112–14), y tratamiento para tuberculosis y otras enfermedades contagiosas. Algunas clínicas de salud comunitarias y del condado también dan servicio a inmigrantes indocumentados. Las mujeres embarazadas y sus hijos pequeños también pueden ser elegibles para WIC (vea las págs. 124–25) y AIM (vea la pág. 125).

Los niños inmigrantes indocumentados pueden recibir servicios por medio de Servicios Infantiles de California (CCS) (vea las págs. 120–21), el Programa de Salud Infantil de Prevención de la Discapacidad (CHDP) (vea la pág. 122), Servicios Medi-Cal de Consentimiento de Menores (vea la pág. 104), CaliforniaKids (vea la pág. 122), Vacunas para (Vaccines for Children) (vacunas gratuitas para niños de médicos y clínicas comunitarias participantes), y el Plan de Salud Infantil Kaiser Permanente Cares for Kids (vea la pág. 123) si cumplen con los otros requerimientos de elegibilidad del programa.

>>>Programas Disponibles para Inmigrantes Calificados

Los programas Medi-Cal regular (no restringido, vea las págs. 98–112), Servicios de Apoyo en Casa (IHSS) (vea las págs. 114–15), y Healthy Families (vea las págs. 119–20) están disponibles para “inmigrantes calificados” y para víctimas del tráfico de ilegales que cumplen con los otros requerimientos de elegibilidad de los programas. (Las víctimas del tráfico de ilegales, calificadas o no, son elegibles para todos los beneficios federales. Los inmigrantes Indios Americanos “No Calificados” nacidos fuera de los Estados Unidos pueden ser elegibles para Medi-Cal regular.)

Los “Inmigrantes Calificados” incluyen:

- .. Residentes permanentes legítimos (portadores de “tarjeta verde”), incluyendo inmigrantes Amerasiáticos.
- .. Refugiados, personas a quienes se les concede asilo, personas a quienes se les concede detener la deportación, y personas liberadas bajo palabra durante cuando menos un año.
- .. Entrantes condicionales admitidos a los Estados Unidos antes del 1° de Abril de 1980.

.. Entrantes Cubanos/Haitianos.

.. Cónyuges y niños inmigrantes golpeados (un inmigrante que (1) ha sido golpeado por un cónyuge, padre o madre, o familiar en el mismo hogar, y (2) tiene una petición pendiente o aprobada de residencia permanente o de auxilio bajo la Ley para Violencia contra las Mujeres (Violence Against Women Act); la necesidad de beneficios debe tener una conexión sustancial con los golpes o la crueldad). El padre / madre o hijo del inmigrante golpeado también es elegible bajo esta categoría.

Consulte a un defensor de inmigración si usted no está seguro si su situación migratoria le permite participar en Medi-Cal, Healthy Families, o IHSS.

Si usted es un inmigrante calificado que está solicitando Medi-Cal, pero no tiene documentos de inmigración para probar su situación migratoria, la oficina de asistencia social debe darle tiempo para recibir sus documentos. Usted tiene 30 días o el tiempo que le tome a la oficina determinar si usted cumple con los demás requerimientos de elegibilidad, lo que dure más. Si usted entrega los documentos a tiempo, serán enviados para verificación al INS. (El INS no tiene permitido usar esta información en su contra a menos que usted haya cometido fraude o algún otro delito.) Mientras usted está esperando una respuesta, se le debe proporcionar Medi-Cal regular si cumple con los demás requerimientos de elegibilidad. Si se le pasa la fecha límite, su solicitud puede ser rechazada, pero puede obtener Medi-Cal Restringido.

>>>Programas Disponibles a Inmigrantes PRUCOL

Los inmigrantes que no son “calificados” pero que pueden comprobar que el INS sabe que se encuentran en Estados Unidos y no tiene intención de deportarlos (personas “PRUCOL”) pueden ser elegibles para Medi-Cal Regular (vea las págs. 98–112) y Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) (vea las págs. 114–115).

>>>Advertencia:

.. Para algunos programas, como por ejemplo Medi-Cal y CCS, usted debe vivir en California y no tener planes de irse. Si usted solicita dicho programa mientras tiene una tarjeta vigente y válida de cruce fronterizo o una visa temporal, puede tener problemas con el INS si inicialmente le había dicho al INS que no planeaba quedarse.

.. Si usted es indocumentado y necesita tratamiento para una enfermedad contagiosa, consulte a un defensor de inmigración.

.. El INS puede prohibirle que ingrese o reingrese a los Estados Unidos o que reciba su tarjeta verde si cree que usted puede convertirse en una “carga pública” (alguien que no puede sostenerse y que necesita depender de los beneficios públicos). El aceptar ciertos beneficios de salud tales como Medi-Cal, WIC, o Healthy Families, no le convierte en una carga pública. Pero recibir beneficios para atención a largo plazo (como por ejemplo en un hogar de atención a enfermos), cuidados en un hospital mental, y algunos otros tipos de atención puede ser usado en su contra si un juez está tratando de decidir si usted puede convertirse en una carga pública. Esto puede hacer que enfrente algunas decisiones

difíciles. Si necesita ayuda para determinar cuál es su situación, consulte a un defensor o abogado de inmigración.

- .. Si recibe beneficios públicos de salud, su patrocinador (la persona que le dijo al INS que le mantendría) puede verse afectado. Un patrocinador no debe tener que reembolsar los beneficios si (1) usted recibió una tarjeta verde con una declaración de apoyo presentada antes del 19 de Diciembre de 1997, (2) recibe la atención médica antes de recibir su tarjeta verde, (3) recibe atención de emergencia, (4) recibe una vacuna o tratamiento para una enfermedad que sea contagiosa, (5) usted y los miembros de su familia inmediata han trabajado colectivamente durante cuarenta trimestres (10 años), o (6) usted recibió la atención después de convertirse en ciudadano.
- .. La elegibilidad para IHSS puede verse afectada por “consideración,” la cual suma todo o parte del ingreso y bienes de un patrocinador a los del inmigrante para determinar su elegibilidad.
- .. La inmigración y los beneficios de salud pueden ser muy confusos. Cuando tenga dudas, consulte a un defensor de inmigración o a su oficina local de servicios legales, pero asegúrese de cuidar de su salud. Las fuentes de información y asistencia incluyen: Alianza de Consumidores por la Salud (Health Consumer Alliance) (visite healthconsumer.org/condado.html para encontrar la afiliada de HCA más cercana); Foro Americano de Salud para Asiáticos y Originarios de las Islas del Pacífico (Asian & Pacific Islander American Health Forum, www.apiahf.org; 415-954-9988); una oficina local de Legal Services Corporation (LSC), la cual proporciona asistencia legal de bajo costo (visite la página de Internet del Programa Nacional de Leyes de la Salud (National Health Law Program, NheLP) en www.healthlaw.org para encontrar una oficina LSC cerca de usted), o un Centro Nacional de Leyes de Inmigración (National Immigration Law Center, www.nilc.org/immspbs/immspbsindex.htm) para información técnica acerca de los derechos de inmigración.

>Conseguir y Pagar Transporte

El transporte es un problema para muchas personas discapacitadas, pero hay recursos que pueden ayudar. Algunos de los programas descritos con anterioridad cubren el transporte médico de emergencia. Los servicios de ambulancia de emergencia también son provistos por los condados, pero se le facturarán a usted dependiendo de su capacidad de pago. Algunos de los programas descritos en esta sección proporcionan servicios de transporte para ayudar a llevarlo a y recogerlo de sus citas médicas que no sean por emergencias. Por ejemplo, el programa EPSDT (vea las págs. 98–99) cubre el transporte para niños con Medi-Cal que de otro modo no podrían acudir al doctor. Otros costos de transporte, como por ejemplo alimentos, hospedaje y costos de un asistente relacionados también pueden ser cubiertos sin un menor necesita viajar de un día para otro para servicios médicos que sólo están disponibles lejos de su hogar.

En una emergencia, Medi-Cal (vea las págs. 98–112) pagará el transporte médico a la institución más cercana que pueda proporcionar la atención necesaria. Los pacientes no necesitan conseguir que se apruebe su solicitud. Para atención que no es de emergencia, Medi-Cal cubre el transporte médico correspondiente cuando no hay alternativas gratuitas

o de bajo costo y el paciente necesita asistencia física para acudir a la cita y regresar a su hogar. Los alimentos, hospedaje y costos de un asistente también deben ser cubiertos. Se necesita autorización previa para transporte médico que no es de emergencia. Su doctor debe presentar una solicitud a la oficina de Medi-Cal más cercana explicando por qué necesita ayuda. Medi-Cal puede primero preguntarle si usted ha intentado conseguir transporte gratuito. Para más información, llame al 800-952-5294 o a su departamento local de asistencia social o servicios sociales.

Healthy Families (vea las págs. 119–20) puede cubrir transporte de emergencia en ambulancia cuando se necesitan servicios de urgencia al presentarse una amenaza a la vida. Algunas formas de traslado que no es de emergencia serán cubiertas para una transferencia de un hospital a otra institución u hogar si un proveedor del plan lo solicita dependiendo de la necesidad médica y si el plan de salud lo aprueba previamente.

Vea las págs. 114–127 sobre otros programas de beneficios públicos de salud que pueden pagar transporte para acudir con su proveedor de servicios de salud, y contacte al programa para determinar si le ayudará.

La Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) requiere que las entidades públicas que operan ciertos sistemas de transporte de ruta fija ofrezcan servicios de transporte alternos para personas que no pueden usar el transporte de ruta fija debido a una condición discapacitante. Los usuarios del transporte alternativo pueden llevar acompañantes o asistentes con ellos. Algunas ciudades y condados ofrecen descuentos para el transporte alternativo.

Si su proveedor de servicios de salud ofrece servicios de transporte (por ejemplo, un camión o tranvía), la ADA requiere que sean accesibles.

Un centro de vida independiente (ILC) con frecuencia es una buena fuente de información acerca de transporte para personas discapacitadas. Para encontrar un ILC local, contacte a la Fundación de California para Centros de Vida Independiente (California Foundation for Independent Living Centers, 916-325-1690; 916-325-1695 [TDD]; www.cfilc.org). La Línea Telefónica Nacional de Tránsito (National Transit Hotline, 800-527-8279) tiene información de transporte para personas de la tercera edad y personas discapacitadas. La línea telefónica de información del Departamento de California para la Ancianidad (California Department of Aging, 800-510-2020) le dirigirá a su Agencia de Área local sobre la Ancianidad, la cual puede ayudarle a encontrar servicios de transporte en su área.

^ Trabajar con un Abogado

Los proveedores de servicios de salud, aseguradoras, y programas de beneficios públicos de salud no siempre siguen la ley ni toman las decisiones correctas. Si usted está teniendo problemas de acceso, seguro privado, o beneficios públicos de salud, puede considerar ir a la corte.

Sólo usted puede decidir cuán importante es presentar una demanda si sus derechos han sido infringidos. Es más probable que usted quiera ir a la corte si ha sufrido un daño

significativo. El daño puede ser físico, pero también puede ser psicológico (si, por ejemplo, fue humillado y avergonzado) o financiero (si, por ejemplo, tuvo que faltar al trabajo debido a la violación de sus derechos). Mucho dinero puede estar involucrado cuando se trata de su salud. Si, por ejemplo, usted necesita un tratamiento muy costoso y su plan salud se niega a pagar, es probable que usted quiera interponer una demanda si ninguna de sus otras opciones de apelación han tenido éxito.

Las demandas no son para todos. Aunque ocasionalmente se resuelven en un corto tiempo, con frecuencia lo que ocurre es que duran años. Pueden ser muy tardadas e involucrar algo de tensión. En algunas situaciones, la ley limita lo que usted puede obtener. Aún cuando se asignan indemnizaciones monetarias por daños, las cantidades con frecuencia son mucho menores de lo que la gente espera. Y es poco probable que logre que un demandado admita que se equivocó. Muchas personas esperan que una demanda obligue a la otra parte a disculparse, pero esto rara vez ocurre.

Aunque hay problemas con las demandas, a veces son necesarias. Si usted piensa que una demanda pudiera ser lo que usted necesita, trate de encontrar un abogado a la mayor brevedad posible. La ley limita el tiempo que usted tiene para interponer una demanda. Si la presenta demasiado tarde, la corte casi siempre rechazará su caso.

En algunas situaciones, debe seguir ciertos procedimientos de apelaciones antes de poder ir a la corte. Puede ser importante tener ayuda legal en estas situaciones, las cuales con frecuencia surgen al tener un problema con el seguro (vea las págs. 45–58) o un problema con los beneficios públicos (puede encontrar información de apelación para el programa con el que está teniendo problemas en la Sección 3). Tener un abogado para el proceso de apelación previo a la demanda a veces puede ayudarle a evitar una demanda o a que su caso sea más fuerte para cuando lo lleve a la corte.

Para encontrar un abogado que sea el adecuado para su caso, busque a alguien que tenga mucha experiencia con casos similares. Si sus ingresos son bajos, puede calificar para ayuda gratuita de una organización de servicios legales. Su asociación local de barra de abogados puede recomendarle abogados calificados que pudieran tomar su caso.

Algunos abogados requieren que usted les pague una parte de cualquier dinero que recupere. Tenga mucho cuidado de firmar un convenio que requiera que usted le pague a su abogado aún cuando no gane el caso. Muchas de las leyes aquí discutidas permiten la “transferencia de honorarios”, la cual requiere que un acusado que pierde pague los honorarios y costos legales razonables del demandante.

Si encuentra un buen abogado que le represente, recuerde que el caso sigue siendo suyo. Su abogado debe mantenerle informado. El abogado es responsable de la estrategia, pero sólo usted tiene derecho a decidir si quiere aceptar un arreglo. Usted toma la decisión final, pero es buena idea tomar en cuenta el consejo de su abogado. Usted tiene derecho a despedir a su abogado, pero tenga en cuenta que en ocasiones es difícil encontrar otro.

^Indice

Las organizaciones, agencias y sitios de Internet discutidas hasta ahora aparecen en este índice.

Para recursos útiles adicionales, consulte la Guía de Recursos en la página 147.

abogados

- trabajar con, vi, 19, 57, 135–36
 - para atención médica, 8, 20, 46, 47, 57–58, 131–32, 147–148
 - para hogar de atención a enfermos / atención a largo plazo, 18, 79
 - para derechos de discapacidad, 20, 57–58, 129, 147–148
 - asociación con la barra, 20, 58, 135
 - organizaciones de servicios legales, 20, 96, 100, 103, 109, 112, 129, 132
 - y el arbitraje, 57
 - para derechos de inmigración, 131–32
- abuso de sustancias, 13, 37, 98, 104, 119, 122, 123
- abuso sexual, 16, 18, 104
- abuso, 18, 95, vea también violencia doméstica, abuso sexual, abuso de sustancias
- Acceso para Bebés y Madres (AIM), 33, 124–25, 130
- acceso, 3–20
- quién debe proporcionarlo, 3
 - ambientes integrados, 3, 6, 113
 - barreras de actitud, v, 4
 - leyes, 5
 - programas financiados por el gobierno, 6
 - procesos de solicitud, 6, 26, 29--30
 - barreras físicas y arquitectónicas, v, 7–9
 - barreras de comunicación, v, 7–9
 - seguro médico, vea seguro médico
 - ayuda con un problema de acceso, 19
 - vea también apoyos y servicios auxiliares, formatos alternos
- Activistas de California para la Reforma de Hogares de Atención a Enfermos (Advocates for Nursing Home Reform), 17, 18, 79
- adaptaciones razonables, 4
- Administración de Alimentos y Fármacos (Food & Drug Administration, FDA), 40
- Administración de Beneficios de Pensión y Asistencia Social (Pension and Welfare Benefits Administration), 48, 64
- Administración de la Salud de los Veteranos (Veterans Health Administration), 127, 129
- Administración de Seguridad Social, 64, 86, 93, 96, 117
- adopción, vea hijos
- Agencia Estatal de Investigación, 95
- Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (Agency for Healthcare Research & Quality) 23
- Alianza de Alameda para la Salud (Alameda Alliance for Health), 108
- Alianza de Consumidores por la Salud (Health Consumer Alliance) (HCA), 57, 132
- ancianidad, vea Agencia del Area para la Ancianidad (Area Agency on Aging),

Departamento de Ancianidad (Department of Aging), Programas de Servicios para Ancianos (Multi-Senior Services Programs), transporte

animales de servicio, 12, 15

aparatos auditivos, 11, 73, 82, 121, 123, 126, 127

apelaciones, 37, 46–49, 55–57, vea también información acerca de su programa

apoyos y servicios auxiliares, 4, 6, 9

arbitraje, 49, 56

Area de Plan Local de Educación Especial (Special Education Local Plan Area, SELPA), 117

Aseguradora National Heritage, 94

Asociación Americana de Planes de Salud (American Association of Health Plans), 23

Asociación de Atención de la Salud de California (California Healthcare Association), 17

Asociación de Atención Primaria de California (California Primary Care Association), 126

atención a ancianos, vea Agencia del Area para la Ancianidad, Programas de Servicios para Adultos Mayores (Multi-Senior Services Programs), Departamento de la Ancianidad (Department of Aging), transporte, atención de emergencia

- derecho a servicios accesibles, 7, 12
- derechos a atención, 13–14, 24, 38, 73, 90
- transferencias, 13–14
- pagar por la atención, 14
- presentar quejas, 50, 51, 53

Medigap y emergencias durante viajes en el extranjero, 70, 72

Medicare, 13, 88, 94

Medi-Cal, 102, 108, 111

para inmigrantes indocumentados, 102, 104, 129, 131

CaliforniaKids, 122

Programa de Servicios Médicos de California (California Medical Services Program, CMSP), 126

transporte, 132

atención a largo plazo, v, 18, 19, 69, 72, 73, 77–79, 84, 97, 104, 105, 126, 131, 148

Atención Administrada Geográfica (Geographic Managed Care, GMC), 34, 108

atención administrada, 23, 34, 45, 69, 75, vea también Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare), Organización de Mantenimiento de la Salud, Medi-Cal, Medicare

atención custodial, 77–78, 84, 85, 87, vea también atención de asistente, cuidados personales

atención de asistente, 2, 9, 98, 106, 114, 132, 147, vea también atención custodial, cuidados personales

atención de la vista, 37, 62, 66, 73, 90, 95, 98, 119, 120, 122, 123, 147–148

atención de reposo, 78, 106

atención dental, 3, 14, 25, 37, 39–40, 62, 66, 73, 85, 98, 108, 109, 116, 119–20, 121, 122, 126

atención en la comunidad, 6, 78, 97, 104–106
atención médica en casa, 72, 78, 86, 87, 88, 94,
110, 121
atención médica mental
 derecho a servicios accesibles, 3
 planes que deben cubrir, 39
 para condiciones preexistentes, 35, 37
 y tomar un permiso de ausencia, 58
 programas que ayudan con, 118, 119, 122, 123, 147, vea también Medicare,
 Medi-Cal
 e inmigración, 130, 131
 vea también Departamento de Salud Mental
atención médicamente necesaria, 14, 25, 84, 98, 104
audiencia justa, vea audiencias
audiencias y apelaciones, 92–95, 100, 107, 112–14, 115, 118, 125, 126
autodefensa, iii-iv, v-vi, 19–20, 148
Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC), 100, 125
BabyCal, 125
beneficios de jubilación del ferrocarril, 85, 86, 87
Blue Cross, 24, 48, 67, 108
Blue Shield, 24, 48, 67
Braille, v, vi, 4, 7, 9, 27
Cal-COBRA, vea COBRA
California Endowment, La, vi
California, Departamento de..., vea Departamento de...
CaliforniaKids, 122–23, 130
CalWORKS, 100, 101, 103, 107, 108, 115
cáncer de mama, 9, 30, 38, 39, 127
capitación, 45
carga excesiva, 4, 8, 9
ceguera, vea impedimentos de la vista
Centro de Atención Especial, 116, 121
Centro de la Costa Central para la Vida Independiente, 58
centro de salud federalmente calificado, 95–6
Centro del Consumidor para la Educación y la Defensa de la Salud (Consumer Center for
Health Education & Advocacy), 58
Centro Occidental de Leyes para los Derechos de los Discapacitados (Western Law
Center for Disability Rights), 20
Centro Occidental sobre la Ley y la Pobreza (Western Center on Law and Poverty), 107
Centro para la Resolución de Disputas de Salud, 95
Centro para los Derechos de Atención Médica (Center for Health Care Rights), 57
Centros de Consumidores para la Salud, 58
centros de vida independiente (ILCs), 16, 20,
58, 96, 103, 129, 133, 147
Centros para Servicios Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services
(CMS), 93, 96

Centros Regionales, 106, 116–17, 121, 129, 130
Centros/Redes de Recursos Familiares (Family Resource Centers/Networks), 117
clínicas

- derecho a servicios accesibles, 5, 6, 7,
 - vea también acceso
- Medicare, 88
- salud tribal, 95
- para atención de bajo costo, 95, 125–26
- Medi-Cal, 108
- y CaliforniaKids, 122
- servicios para inmigrantes indocumentados, 130
- planificación familiar, 148

cobertura acreditable, 36–37, 60
Comisión Adjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO), 23
Comisión Americana de Acreditación de la Atención Médica (American Accreditation Healthcare Commission, URAC), 23
Comité Nacional para la Calidad de los Seguros (National Committee for Quality Insurance), 23
condiciones preexistentes

- evitar exclusiones para nuevos dependientes, 29
- acceso garantizado a un plan individual, 30
- atención administrada y MRMIP, 32
- sus derechos, 35–38
- acortar exclusiones para, 36–37, 60
- cuándo no aplican las exclusiones, 37–38

Consejo de Atención Médica al Consumidor de California (California Consumer Health Care Council), 57
consentimiento informado, 9, 14, 16
continuidad de la atención, 34, 41
control de la natalidad, 4, 40, 148
Corporación Profesional de Desarrollo de la Administración (Professional Management Development Corporation), 118
cuentas de ahorro médico, 89
cuidados de crianza, vea hijos
cuidados de hospicio, 40, 78, 85, 86, 87
cuidados personales, 77, vea también atención de asistente, atención custodial
Defensores de la Salud de California (California Health Advocates), 79, 86, 96
demandas

- en la Corte de Quejas Menores (Small Claims Court), 19
- y la ley federal (ERISA), 46–48, 135–36
- y la ley estatal, 48–58, 135–36
- vea también abogados

Departamento de Ancianidad (Department of Aging), 106, 127, 133

Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare) (DMHC)

- Oficina de Defensa del Paciente, 24, 50
- cuáles planes regula el DMHC, 24, 67
- acceso garantizado a un plan individual, 31
- presentar reclamaciones, 45
- presentar quejas, 48, 49, 55, 112
- revisiones médicas independientes, 50–55
- cómo contactar, 57, 147

Departamento de Educación (Department of Education), 124

Departamento de Rehabilitación (Department of Rehabilitation), 117–18, 124, 129

Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health), 114, 124

Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health & Human Services (DHHS), 7, 18, 83 (página de Internet)

Departamento de Seguros (Department of Insurance), 24, 50, 54, 56, 57, 68, 77, 78

Departamento de Servicios del Desarrollo (Department of Developmental Services, DDS),

104, 105, 106, 117

Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services), 124

Departamento del Trabajo (Department of Labor, DOL), 48, 59, 62, 64

diabetes, 39, 85, 88, 125, 128

directivas por anticipado, 17

Disability Watch, vi

discapacidades de aprendizaje, 113

discapacidades de desarrollo, 40, 98, 105–106, 116–17

discapacidades heredadas genéticamente, 27, 30, 116

divorcio, 28, 60, 61, 62, 63, 65, 68

Early Start, 117, 129

elegibilidad dual, vea Medi-Medi

elegibilidad para COBRA, 64

Senior COBRA, 66

políticas de conversión, 69

embarazo, vea hijos

empleo y discapacidad, 103, 117–18

vea también plan de salud de grupo

enfermedad ambiental, 12

Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), 29, 32, 74, 83, 86, 88, 91

enfermedad renal, 83, 88, 104, 129

vea también Enfermedad Renal en Etapa Final

enfermedades de transmisión sexual, 4, 104, 125

equipo médico duradero (DME)

introducción, v, 127–29

elección de su seguro, 26, 65

Medicare, 87, 88, 89

Medi-Cal, 98, 127–29

otros programas de beneficios públicos, 116, 117, 119, 121, 123, 127–29
especialistas, v, 15, 17, 24, 41–44, 90, 91, vea también referencias
exámenes del oído, 95, 98, 105, 122
exámenes físicos, 27, 73, 85, 122
exención médica, 110–11
fácilmente logable, 8
falta grave de conducta, 61, 66
Families USA, 96
fenilketonuria (PKU), 40
formatos alternos, v-vi, 6, 15, 107
formularios, 26, 40, 52
Foro Americano de Salud para Asiáticos y Originarios de las Islas del Pacífico (Asian & Pacific Islander American Health Forum), 132
Fundación de California para los Centros de Vida Independiente (California Foundation for Independent Living Centers), 20
Fundación de Defensores de los Pacientes (Patient Advocate Foundation), 57
ginecólogo-obstetra, 41, 41–42
Grupo Empresarial Pacific para la Salud (Pacific Business Group on Health), 23
grupos médicos, 25, 26, 42, 43, 44, 56, 122
guía de personas página de Internet, 58, 126
Guía de Recursos, vi, 11, 138, 147–49
Guía del Paciente de California, 57
HCFA (Administración de Financiamiento de Atención Médica, Health Care Financing Administration) 93, 96
Healthfinder, 16 (página de Internet), 23, 148
Healthy Families, 33, 119–20, 121, 122, 123, 129, 130, 131, 132
hijos
 adopción, 28, 29, 30, 37, 38, 58, 60, 101, 109
 seguro para nuevos dependientes, 29, 30, 37, 38
 conservar la condición de dependiente para un hijo adulto, 33, 66
 embarazo y nacimiento, 37, 43, 102, 104, 111
 recién nacidos, 38–39, 124
 Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y sus Madres, 38
 cuidados de crianza, 59, 101, 109, 113
 COBRA para niños que pierden su condición de dependientes, 64
 programas para niños, 119–24
 programas para mujeres embarazadas, nuevas madres, & sus hijos pequeños, 124–25

vea también Medi-Cal
HMOs de Medicare, 75–77, 85, 89–92,
94–95, 128
y atención a largo plazo, 78
si usted tiene otras opciones de seguro, 86
hogares de atención a enfermos, 11, 17, 18–19, 78–79, 101, 105, 129, 131
hospitales
sus derechos a acceso, 6, 8
elegir un proveedor, 15
prepararse para una estancia en el hospital, 17
pagar costos con seguro privado, 23,
25, 32, 38–39, 45, 62
beneficios que los planes deben cubrir, 38-39
pagar los costos con beneficios públicos, 98,
121, 123, 126, 132
vea también Parte A de Medicare
impedimentos auditivos, 9, 10, 11, 29, 73, 85, 147
impedimentos de la vista, 7, 10, 12, 29, 101
Ingreso Suplementario de Seguridad / Pago Suplementario Estatal (SSI/SSP), 98, 100–
101,
103, 107, 109, 114, 115
Iniciativa de Salud del Condado, 34
inmigración, v, 101, 102, 104, 107, 119, 123, 125, 126, 129-32
instituciones de atención especializada a enfermos, 18, 70, 71, 72, 78, 86, 87, 93, 98, 105,
106, 107, 110
instituciones, 2, 6, 7, vea también atención en la comunidad
Instituto Mundial para la Discapacidad (World Institute on Disability, WID) página de
Internet, 96, 103
intermediario fiscal, 93, 94
intervención en crisis, 106, 113
jubilación, 29, 45, 60, 69, 74, 76, 101, 103
vea también Ley de Seguridad de Ingresos Durante el Retiro de los Empleados
(Employee Retirement Income Security Act) de 1974 (ERISA), beneficios de
jubilación del ferrocarril
Juez de Ley Administrativa, 93–95
Junta Médica de California (Medical Board of California), 15, 19
Ley de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employee Health
Benefits
Act), 61
Ley de Boleto al Trabajo y Mejora de Incentivos para el Trabajo (Ticket to Work and
Work
Incentives Improvement Act), 96
Ley de Derechos Civiles Unruh, 5, 19
Ley de Derechos de Salud y Cáncer para la Mujer (Women’s Health and Cancer Rights
Act), 38
Ley de Derechos Familiares de California (California Family Rights Act, CFRA), 58–59,

- Ley de Educación para Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), 123
- Ley de Permiso de Ausencia por Razones Familiares y Médicas (Family & Medical Leave Act, FMLA), 58–59, 62
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA), 27–28, 29, 30–31, 36, 79
- Ley de Reconciliación Presupuestaria General Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) y Cal-COBRA, 59–66
 - y acceso garantizado a un plan individual, 30–31
 - y otros programas, 32, 33, 75, 76
 - y evitar las exclusiones de condición preexistente, 36, 37
 - diferencias entre, 59, 60, 61, 64, 65, 66
 - y tomar un permiso de ausencia, 59, 62
 - vocabulario COBRA, 60–61
 - para hijos que pierden su condición de dependientes, 64
 - Senior COBRA, 64, 65–66
- Ley de Rehabilitación de 1973, 5
- Ley de Seguridad de Ingresos Durante el Retiro de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974 (ERISA), 27, 28, 45–48
- Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Partos (Emergency Medical Treatment & Labor Act, EMTALA), 13
- Ley de Violencia Contra las Mujeres (Violence Against Women Act), 130
- Ley Lanterman, 116
- Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), 5, 8, 19, 20, 26, 133
- Ley para Personas Discapacitadas (Disabled Persons Act), 5
- Línea Telefónica de Derechos de la Salud (Health Rights Hotline), 57
- mamografías, 8, 9, 85, 127
- mastectomía, 38, 88
- Medicaid, 98
- Medi-Cal, 98–114
 - derecho a servicios accesibles, 6–7
 - ayuda con primas de seguro privado, 33–34
 - introducción, 98
 - servicios, 98
 - para menores, 98–99, 102, 113, 122
 - costos, 99
 - cumplir con su costo compartido, 99–100
 - elegibilidad, 100–102
 - cuándo no se cuenta el ingreso del padre / madre o cónyuge, 83, 105, 106

- para refugiados, 101
- para mujeres embarazadas, 102
- para adultos mayores y discapacitados, 103
- para trabajadores con discapacidades, 103
- para personas que dejan la asistencia en efectivo, 103
- servicios confidenciales para menores, 104
- para inmigrantes calificados y PRUCOL, 129–31
- para inmigrantes indocumentados, 104, 129–30
- para personas con necesidades especiales de salud, 104
- renuncias a quedarse en casa/comunidad, 83, 104–06
- y exención de atención administrada, 110–11
- solicitar Medi-Cal, 107–8
- y elegibilidad para otros programas, 107, 114–18, 120–26
- si usted no califica, 108
- pago por servicio, 108–109
- atención administrada, 108–11, 112
- presentar apelaciones, 111–12
- atención médica mental, 112–14
- y equipo médico duradero, 127–29
- y transporte, 132–33

medicamentos con receta

- elegir un plan de salud, 26
- condiciones preexistentes, 35, 37
- beneficios que los planes deben incluir, 40
- Medigap, 62, 70, 72, 76
- Medi-Care, 84, 90, 97
- Medi-Cal, 98
- otros programas de beneficios públicos, 34, 119, 123, 127
- atención primaria, v, 16, 24, 41–44, 90, 91, 97, 109, 122, 123, 126
- autorización previa, 14, 24, 26, 40, 41, 90, 98

Medicare Parte A, 32, 70–76, 83–88, 94–96

Medicare Parte B, 32, 70–76, 84, 86, 88–89, 90, 94, 96, 128

- proveedores que no aceptan Medicare, 89
- revisión de reclamaciones, apelaciones, y audiencias, 92–95
- revisión de reclamaciones de salud en el hogar, 93
- cargos de hogar especializado de atención a enfermos, 94
- alta prematura del hospital, 94
- clínicas donde Medicare cubre servicios adicionales, 95

- y regresar al trabajo, 96–97
- Medicare, 91, 92
- Medicare, v, 83–97
 - introducción, v–vi, 83
 - derecho a servicios accesibles, 6
 - atención médicamente necesaria, 25, 93–96
 - suplementar Medicare, vea Medigap
 - y planes de conversión, 68
 - ayuda con costos de Medicare, 83
 - lo que Medicare no cubre, 84–85
 - suscribirse a Medicare, 85–86
 - Medicare Select (Parte C), 89
- Medigap, 73, 74
- Medigap, v, 69–77, 85, 86, 89, 90, 91–2
- Medi-Medi, 90
- Método Uniforme para Determinar Capacidad de Pago (Uniform Method for Determining Ability to Pay, UMDAP), 114
- movimiento de derechos de los discapacitados, iii–iv
- Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC), 125, 130, 131
- Nativos Americanos, 95, 104, 109, 110, 111, 130
- nivel federal de pobreza (FPL)
 - elegibilidad para programas, 34, 84, 99, 101, 102, 103, 107, 119, 120, 122, 123, 125
 - explicación de FPL, 83
- obtener ayuda con Medicare, 95
 - y Medi-Cal, 99, 103, 106, 107
 - y otros programas, 32, 33–34, 61–66, 116, 124, 125
 - y equipo médico duradero, 127–28
- oficina de asistencia social, 84, 107–108, 115, 126, 129–30, 132
- Oficina de Defensa del Paciente, 24, 50
- Oficina de Derechos Civiles (OCR), 7
- Oficina de Derechos del Paciente, 18, 114
- Oficina de SIDA, 106, 118
- Oficina de Sueldos y Horarios, 59
- Oficina Estatal de Arquitectura, 8
- Olmstead v. L.C., 6
- Opciones de Atención Médica (HCO), 109, 111
- Operaciones En Casa (In Home Operations, IHO), 105, 110
- Organización de Mantenimiento de Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
 - definición, 24
 - periodos de afiliación/espera, 27–28
 - beneficios que debe incluir una HMO, 38
 - y especialistas VIH/SIDA, 42

- si su proveedor termina su contrato, 43
- revisión de reclamaciones, 45, 48
- presentar quejas, 48–50
- derecho a un plan de conversión, 67
- y Servicios Infantiles de California, 121
 - vea también Departamento de Atención Administrada (Department of Managed Care)
- atención, seguro médico, atención administrada, Medicare, Medi-Cal
- Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), 24, 32, 33
- organización interna de revisión, 93, 95
- pago por servicio, 23–24, 69, 89–92, 108–109, 110, 111
- parálisis cerebral, 116, 121
- periodo de afiliación, 27–28, 37
- periodo de análisis, 35
- periodos de espera, 27, 32, 35, 36, 37
- personas indigentes, 95, 118
- Plan de salud del Condado de San Mateo, 108
- Plan de Salud Infantil Kaiser Permanente Cares for Kids, 123, 130
- planes de grupo autoasegurados, vea planes de grupo autofinanciados
- planes de grupo autofinanciados
 - quién regula, 20, 28
 - introducción a, 28
 - condiciones preexistentes, 36
 - beneficios que los planes deben incluir, 38–39
 - leyes que rigen, 41, 46
 - revisión de reclamaciones, apelaciones, y demandas, 46–47
 - conservar la condición de dependiente para un adulto discapacitado, 67
- Planes de Programa Individual (Individual Program Plans, IPP), 117
- planes de salud de grupo
 - protección contra discriminación, 26–27, 32
 - periodos de espera/afiliación, 27–28
 - planes de grupo autofinanciados / autoasegurados, vea planes de grupo autofinanciados
 - suscripción, 28–29
 - cobertura para nuevos dependientes, 29, 38
 - condiciones preexistentes, 35–38
 - beneficios que los planes deben incluir, 38–40
 - continuar la atención con un proveedor fuera de la red, 43
 - conservar la cobertura mientras usted se encuentra de permiso, 58–59, 62
 - si la cobertura termina mientras usted está totalmente discapacitado, 66

- si usted está a punto de perder la cobertura de grupo, 59–69
- cuáles planes deben permitirle convertirse a un plan individual, 66–69
- planes Medigap de grupo, 76–77, vea también seguro médico
- queja, 44, 48–55, 56, 57, 95, 112, 114
- acceso garantizado, 30–31, 36, 60, 75
- Planes de Salud Mental del Condado (County Mental Health Plans, CMHP), 98, 112–14, 119
- planes individuales de salud
 - protección contra la discriminación, 29–30
 - cobertura para nuevos dependientes, 29
 - acceso garantizado, 30–31
 - para condiciones costosas, 32–33
 - beneficios que su plan debe incluir, 38–40
 - revisión de reclamaciones, apelaciones y quejas, 45–46, 48–54, 56–58
 - demandar a su plan de salud, 55–56
 - convertirse de un plan de grupo, 67–69
 - planes individuales de Medigap, 76–77
 - vea también seguro médico
- Planes Individuales de Servicio Familiar (Individual Family Service Plans, IFSP), 117
- Planes Individuales por Empleo (Individual Plans for Employment, IPE), 117
- planificación familiar, 98, 104, 125, 129, 148
- póliza de conversión, 31, 33, 68–69
- Programa de Asesoría y Defensa del Seguro Médico (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP), 69, 77, 79, 86, 96, 97, 148
- Programa de Asistencia al Cliente (CAP), 8, 117–18
- Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Programa, QMBP), 84
- Programa de Beneficiario Especificado de Escasos recursos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) 77, 84
- Programa de California para Discapitados que Trabajan (California Working Disabled Program), 103
- Programa de Descuento de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Discount Program), 97
- Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama, 127
- Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early & Periodic Screening, Diagnosis, & Treatment Program, EPSDT), 98, 113, 122
- Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP), 33–34, 106, 118
- Programa de Personas Calificadas Discapacitadas que Trabajan (Qualified Disabled and Working Individuals, QDWI) 84, 88

Programa de Salud Infantil y Prevención de la Discapacidad (Child Health & Disability Prevention Program, CHDP), 122

Programa de Seguro Médico de Riesgo Mayor (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP), 31, 32–33

Programa de Servicios de Cuidados Personales (Personal Care Services Program), 115

Programa de Servicios Médicos del Condado (County Medical Services Program, CMSP),
34, 126

Programa Indio de Servicio de Salud, 109, 110, 111

Programa Individualizado de Educación (Individualized Education Program, IEP), 123

Programa Nacional de Leyes de la Salud (National Health Law Program) (NHeLP), 57, 132

Programa para Personas con Discapacidades Genéticas (Genetically Handicapped Persons Program, GHPP), 116, 129

programa Pickle, 101

Programas de Asistencia en Efectivo, 100, 103

programas de renuncia, vea Medi-Cal

Programas de Atención Completa para Ancianos (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), 75, 76, 97, 106

Protection & Advocacy, Inc.
(www.pai-ca.org), 20, 113, 115, 116, 123, 124, 127, 128, 148

Proyecto de Acceso a Servicios de Salud, iv, vi

Proyecto de Defensa de la Salud Comunitaria de San Francisco (San Francisco Community Health Advocacy Project), 58

Proyecto de Responsabilidad de Administración de la Atención Médica (Health Administration Responsibility Project, HARP) página de Internet, 48, 126

Proyectos para Asistencia en la Transición de la Indigencia (PATH), 118

PRUCOL, 103, 104, 131

Punto de Servicio (POS), 24

recursos para adultos mayores, 97, 133

referencias
para proveedores de servicios de salud, 3, 9, 17, 26, 41, 109
sus derechos a referencias, 40–44

rehabilitación, 87, 113, 116, 120, 121, 124, 126

Renuncia a Servicios Médicos En Casa, 104, 105

revisión de utilización, 48

revisiones médicas independientes (IMR), 48, 50–54, 55, 56, 57, 112

salud maternal, vea hijos

salud sexual, 4, 16, 18, 104, 125

Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 5

segundas opiniones, v, 16, 17, 22, 26, 43–44, 56

seguro médico

- elegir un plan de salud, 23–26
- tipos de planes, 23–24
- costos del plan, 24–25
- información que el plan debe proporcionarle, 26
- protección de discriminación, 26, 45
- seguro médico por medio de un empleo, 27–29, vea también planes de salud de grupo, planes de grupo autofinanciados
- seguro médico por su propia cuenta, 29–31, vea también planes de salud individuales
- acceso garantizado a un plan individual, 30–31, 36, 60, 75
- seguro para condiciones costosas (MRMIP), 32
- si enferma demasiado y no puede pagar sus primas (HIPP), 33–34
- cuándo no puede abandonar su cobertura, 34–35
- condiciones preexistentes y sus derechos, vea condiciones preexistentes
- beneficios que su plan debe incluir, 38–40
- acceso a proveedores de servicios de salud, 41–45
- presentar quejas y apelaciones, 45–57
- ayuda con un problema de seguro, 57
- conservar el seguro para un adulto dependiente, 66–67
- Seguro por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI), 88, 96, 107, vea también seguro por discapacidad
- seguro por discapacidad, 29, 34, 88, 96
- Seguro Social, 85, 86, 87, 92, 96, 101, 126
- Senior COBRA, vea COBRA
- sensibilidad química múltiple (MCS), 12
- Servicios de Apoyo En Casa (In-Home Supportive Services, IHSS), 103, 114–115, 117, 130, 131, 132
- Servicios de Consentimiento de Menor, 104, 109, 130
- Servicios Infantiles de California (California Children Services, CCS), 110, 116, 119, 120–21, 122, 124, 128, 130, 131
- Servicios Sensibles, 109
- Servicios Terapéuticos del Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS), 113
- SIDA, vea VIH/SIDA
- sillas de ruedas, 8, 12, 87, 88, 128, vea también acceso, equipo médico
- duradero, transporte
- Sistema Relay de California (California Relay System), 11, 120, 149
- Sistema de Salud Organizado por el Condado (County Organized Health System, COHS), 108
- sistemas de respuesta para emergencia médica, 106

Sociedad de California para la Atención a Largo Plazo (California Partnership for Long-Term Care), 78

sordos, vea impedimentos auditivos

subtítulos, 9, 11, 17, vea también apoyos y servicios auxiliares

Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC), 100, 108, 126

tecnología asistiva (AT), 11, 26, 82, 117–18, 123–24, 127–29

terapia física, 7, 98, 105, 106, 116, 117, 121, 123, 124, 126

terapia ocupacional, 7, 87, 98, 106, 116, 117, 119, 121, 123, 124, 126

transferencia de honorarios, 136

transferencias

 a mesas de revisión y otro equipo

 médico, 4, 8

 entre hospitales, 13, 14

 entre hogares de atención a enfermos, 18

 entre proveedores, 33, 43, 132

transporte

 derechos a acceso, 15, 132–33

 programas que ayudan con, 16, 97, 98,

 106, 113, 116, 117, 121, 126, 132–33

tratamiento experimental, vea tratamiento investigativo

tratamiento investigativo, 50, 53–4, 55

URAC (Comisión Americana de Acreditación de la Atención a la Salud, American Accreditation Healthcare Commission), 23

Vacunas para Niños, 130

vacunas, 89

vacunas, 98, 119, 122, 123, 124, 125, 130, 131

vea también Departamento de Rehabilitación

VIH/SIDA

 Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (Drug Assistance Program (ADAP), 118

 Panel de Referencia Legal del SIDA, 58

 Programa CARE/HIPP, 34, 58

 Línea Telefónica del SIDA en California, 58

 Programa Infantil de VIH, 121

 HMOs y el derecho a un especialista, 42

 y la solicitud de seguro médico, 30

 Renuncia a Medi-Cal SIDA, 104–106

 exención de atención administrada de Medi-Cal,
 110

 derechos si usted tiene VIH pero no ha

 recibido atención relacionada con el SIDA, 29

 Línea Telefónica Nacional del SIDA, 148

violencia doméstica, 30, 130

viudas/viudos, 88, 101

^Guía de Recursos

Además de los recursos que aparecen en las páginas de este libro, existen muchos recursos generales para los Californianos con discapacidades. La lista que aparece a continuación ha sido adaptada de la Guía para el Bienestar, un útil libro de sugerencias y recursos para mejorar el bienestar de los Californianos. La Guía para el Bienestar fue compilada por el Centro para el Bienestar de la Comunidad en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley. Para más información sobre la Guía para el Bienestar, llame al 510-643-9543 (voz), 510-642-9792 (TTY) o visite www.berkeleyhealth.com. Algunos recursos presentados aquí no aparecen en la Guía para el Bienestar.

ALDA

Página de Internet para personas que quedan sordas o tienen problemas auditivos como adultos

www.alda.org

Línea de información sobre la Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA)

Derechos de los discapacitados

1-800-514-0301 (voz)

1-800-514-0383 (TTY)

www.dredf.org

Foro Americano de Salud para Asiáticos y Originarios de las Islas del Pacífico (Asian & Pacific Islander American Health Forum)

Defensa de la salud para comunidades asiático-americanas y originarios de las Islas del Pacífico

415-954-9988

www.apiahf.org

Proyecto Californiano para la Salud de las Mujeres de Color (California Black Women's Health Project)

Defensa de la salud para mujeres y niñas de color

323-231-5303

www.cabwhp.org

Centro Californiano para la Ley y los Sordos (California Center for Law and the Deaf)

Recursos legales para sordos

1-877-332-3529 (voz)

1-877-332-3529 (TTY)

www.deaflaw.org

Consejo Californiano de Invidentes

(California Council of the Blind)

Defensa, becas,
información y referencias

1-800-221-6359

www.acb.org/ccb

Fundación Californiana para los

Centros de Vida Independiente

(California Foundation for
Independent Living Centers)

Página de Internet acerca de recursos para
personas discapacitadas

www.cfilc.org

Revisión Médica de California

(California Medical Review)

Quejas sobre un

doctor u hospital

1-800-841-1602 (voz)

1-800-881-5980 (TTY)

www.cmri-ca.org

Programa de Acceso Telefónico de California

(California Telephone Access Program)

Equipo telefónico gratuito

para adultos mayores y personas

con discapacidades

1-800-806-1191 (voz)

1-800-806-4474 (TTY)

www.ddtp.org

DCARA (Agencia de Asesoría, Defensa
y Referencia para Sordos, Deaf Counseling,
Advocacy and Referral Agency)

Servicios sociales y referencias para sordos y
personas con problemas auditivos

1-877-322-7299 (voz)

1-877-322-7288 (TTY)

www.dcara.org

Departamento de

Atención Médica Administrada

(Department of
Managed Health Care)

Información y quejas sobre planes de atención administrada

1-800-400-0815 (voz)

1-877-688-9891 (TTY)
www.dmh.ca.gov

Información de Salud acerca de
Discapacidades de Desarrollo
(Developmental
Disabilities Health Info)
Página de Internet acerca de recursos para personas con discapacidades de desarrollo
www.ddhealthinfo.org

Recursos de Discapacidad
(Disability Resources)
Página de Internet acerca de recursos de discapacidad en Internet
www.disabilityresources.org

Centro de Recursos de Drogas y Alcohol
(Drug and Alcohol
Resource Center)
Prevención del abuso de drogas y alcohol
1-800-879-2772
www.adp.state.ca.us

Eatright (Asociación Dietética de América)
Página de Internet acerca de nutrición
y hábitos saludables de alimentación
www.eatright.org

Planificación Familiar
(Family Planning)
Referencias a clínicas patrocinadas por el estado
1-800-942-1054

Family Village
Recursos para padres
de niños con discapacidades
www.familyvillage.wisc.edu

Family Voices
Defensa de atención médica para niños discapacitados
1-888-835-5669
www.familyvoices.org

Healthfinder
Página de Internet para encontrar información confiable sobre la salud
www.healthfinder.gov

HICAP (Programa de Asesoría sobre Seguros Médicos,
Health Insurance Counseling Program)
Asesoría sobre Medicare
y Medigap
1-800-434-0222

Enlace sobre Hospicio
Página de Internet sobre cuidados de hospicio
1-800-331-1620
www.hospiceworld.org

Foro de Asuntos Latinos (Latino Issues Forum)
Defensa y política pública para Latinos
415-285-7227
www.lif.org

Ombudsman de Atención a Largo Plazo
Quejas acerca de
atención a largo plazo
1-800-231-4024

Línea Telefónica Medi-Cal
Información de Medi-Cal
1-800-952-5294

Línea Telefónica Medicare
Beneficios y opciones de Medicare
1-800-638-6833
www.medicare.gov

Línea Telefónica Nacional del SIDA
Información de VIH y SIDA
1-800-342-2437 (voz)
1-800-243-7889 (TTY)
www.cdc.gov/hiv

Instituto Nacional de la Ancianidad
(National Institute on Aging)
Información y
recursos para adultos mayores
1-800-222-2225
www.nih.gov/nia

Asociación Nacional de Salud Mental
(National Mental
Health Association)

Atención médica mental y
autodefensa

1-800-969-6642 (voz)

1-800-433-5959 (TTY)

www.nmha.org

Centro Nacional de Recursos para
Padres con Discapacidades

(National Resource
Center for Parents
with Disabilities)

Recursos y apoyo
para padres con discapacidades
y sus hijos

1-800-644-2666 (voz)

1-800-804-1616 (TTY)

www.lookingglass.org

NCPA (Centro Nacional sobre Actividad
Física y Discapacidad, National Center
on Physical Activity and
Disability)

Página de Internet sobre ejercicio y deportes para personas con
discapacidades

www.ncpad.org

NICHCY (Centro Nacional de Información para
Niños y Jóvenes Discapacitados, National Info
Center for Handicapped Children and Youth)

Página de Internet de recursos sobre discapacidad

www.nichcy.org

NIH (Institutos Nacionales de Salud,
National Institutes of Health)

Página de Internet sobre salud

www.nih.gov/health

Derechos de los Pacientes

(Patients Rights)

Programa de Defensa

Derechos de pacientes hospitalizados por enfermedad mental

1-800-254-5166

www.mhaac.org

Planned Parenthood

Referencias locales para control de la natalidad, salud sexual y

derechos reproductivos
1-800-230-7526
www.ppfa.org

Protection & Advocacy
Defensa legal para personas discapacitadas
1-800-776-5746 (voz)
1-800-776-5746 (TTY)
www.pai-ca.org

Información
y Referencia para Adultos Mayores
Recursos locales para adultos mayores
1-800-510-2020
www.aging.state.ca.us

Salud Sexual (Sexual Health)
Página de Internet sobre sexualidad
y discapacidad
www.sexualhealth.com

Sight for Students
Atención de la vista de bajo costo
para menores de 18 años
1-888-290-4964
www.sightforstudents.org

Seguro Social (Social Security)
Actualizaciones e información sobre el
Seguro Social
1-800-772-1213 (voz)
1-800-325-0778 (TTY)
www.ssa.gov

Línea Telefónica Estatal sobre Seguros
Información para el consumidor
y quejas
1-800-927-4357 (voz)
1-800-482-4833 (TTY)
www.insurance.ca.gov

Servicios de abuso de sustancias
Servicios de abuso de alcohol y drogas y
salud mental
1-800-662-4357 (voz)
1-800-228-0427 (TTY)

www.samhsa.gov

Línea Telefónica de Suicidio
línea de crisis las 24 horas
1-800-784-2433
www.suicidecrisisline.org

The Arc
Página de Internet sobre discapacidades de desarrollo
www.thearc.org

UC Berkeley
La Guía del Bienestar
Versión para Internet de
La Guía del Bienestar
www.berkeleyhealth.com

Centro de Información sobre Salud para la Mujer (Women's Health Info Center)
Asuntos relacionados con la salud de la mujer, incluyendo
mujeres discapacitadas
1-800-994-9662 (voz)
1-888-220-5446 (TTY)
www.4woman.gov

>>Los operadores de transmisión (relay) deben respetar su confidencialidad. Ellos no revelan ni graban ninguna parte de la conversación ni se benefician de la información transmitida.

Servicio Relay de California (CRS)
CRS permite que una persona que usa un TTY (teléfono de texto) llame a una persona que no usa un TTY. También permite que un usuario que no tiene TTY llame a un usuario TTY.

Sprint
1-888-877-5379 (voz)
1-877-735-2929 (TTY)
Español: 1-888-877-5381

MCI
1-800-735-2922 (voz)
1-800-735-2929 (TTY)
Español: 1-800-855-3000

Transmisión de Lenguaje Oral a Lenguaje Oral (Speech to Speech Relay, STS)
STS tiene operadores capacitados para entender y repetir las palabras de una persona un impedimento del habla.

1-800-854-7784 (voz)
1-800-867-4323 (TTY)

^Reconocimientos

Muchas personas, organizaciones y agencias contribuyeron en la creación de este manual. Un agradecimiento especial a Tanya Broder del Centro Nacional de Leyes de Inmigración, Bonnie Burns de Defensores de la Salud de California, Sarah Holt y Jennifer Borenstein del Departamento del Trabajo de Estados Unidos, Administración de Beneficios de Pensión y Asistencia Social, Mitch Jeserich del Instituto Mundial sobre Discapacidad, consultora de pólizas de discapacidad June Isaacson Kailes, Ronald Knox y otros en Kaiser Permanente, Curtis Leavitt del Departamento de Atención Médica Administrada, Melissa Rodgers y Julia Wilson de la Sociedad de Asistencia Legal del Condado de San Mateo, y Janet Van Deusen y Kristen Washburn del Programa de Asesoría y Defensa para Seguros Médicos.

Las siguientes personas también proporcionaron comentarios y sugerencias útiles: Yvette Fong de United Palsy, Joyce Grey del Instituto Etnico de la Salud (Ethnic Health Institute), Nicole Johnston del Centro de la Costa Central para la Vida Independiente, Judi Rogers y Beth Smith de Through the Looking Glass, y Kathy Simpson de la Universidad de California en Berkeley, La Guía del Bienestar. Durante las etapas iniciales del manual, Betsy Johnson del Panel de Referencia Legal para el SIDA y Catherine Porter del Centro de Recursos sobre Cáncer para la Mujer fueron fuentes de importante información y recursos.

Muchos miembros del personal de DRA contribuyeron en el desarrollo de este manual. En particular, Gabrielle Marcus proporcionó asistencia invaluable de investigación y edición.

Las fuentes de información contenidas en el manual incluyen estatutos, regulaciones y decisiones de la corte. El manual también se apoya en publicaciones de varias dependencias estatales y federales (incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa, el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Healthcare), Departamento de Seguros (Department of Insurance), Administración de Seguridad Social (Social Security Administration), (Departamento del Trabajo) Department of Labor, y Centros para Estudios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Studies [antes HCFA]), Protection & Advocacy, Inc., Programa Nacional de Ley de Salud (National Health Law Program), Alianza de Consumidores por la Salud (Health Consumer Alliance), Línea Telefónica de Derechos de la Salud (Health Rights Hotline), la Fundación para Derechos de los Contribuyentes Fiscales y del Consumidor (Foundation for Taxpayer and Consumer Rights) y el Departamento de Asuntos del Consumidor de California (California Department of Consumer Affairs) [www.calpatientguide.org], Centro Occidental sobre la Ley y la Pobreza (Western Center on Law and Poverty), Centro para los Derechos en Atención Médica (Center para Health Care Rights), Instituto Mundial sobre Discapacidad (World Institute on Disability), Coalición de Los Angeles para Terminar con el Hambre y la Indigencia (Los Angeles Coalition to End Hunger and Homelessness) [www.peoplesguide.com], Unión de Consumidores (Consumers Union), Instituto de Políticas de Medi-Cal (Medi-Cal Policy

Institute), Centro para la Defensa de Medicare (Center for Medicare Advocacy), Defensores de la Salud de California (California Health Advocates), y otras organizaciones. Aunque la información recopilada de estas y otras fuentes contribuyó al desarrollo de este manual, Disability Rights Advocates (Defensores de los Derechos de los Discapacitados) es responsable de manera exclusiva por cualquier imprecisión u omisión.

Acerca de la Autora: Robin L. Goldfaden es graduada de la Escuela de Derecho de la Universidad de Columbia y es miembro de las Barras de Abogados de California y el Estado de Nueva York. Es Asociada NAPIL en Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates), donde su trabajo de litigación se concentra en incrementar el acceso a atención médica y seguros para personas discapacitadas. Westrec Marinas es el patrocinador corporativo de la asociación NAPIL de la Srita. Goldfaden.

Defensores de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Advocates)
449 15th Street, Suite 303, Oakland, CA 94612
510-451-8644 • 510-451-8716 (tty) • 510-451-8511 (fax)
E-mail: healthaccess@dralegal.org • Web: www.dralegal.org