



COMMUNITY HEALTH
CENTER NETWORK

Manual de miembros de atención gestionada





Información importante de contacto	4
Bienvenida	8
Proveedores de atención primaria y centros de salud	8
Cuidado preventivo	8
Manejo de enfermedades	8
Atención las 24 horas	9
Acceso oportuno a la atención	9
Beneficios y servicios	11
Visitas médicas	11
Especialistas y remisiones	11
Hospitalización	11
Atención de salud en el hogar	12
Servicios de Obstetricia/ Ginecología	12
Atención de maternidad	12
Miembros Medi-Cal	12
Atención de emergencia	14
Atención de urgencia	15
Programa de salud y prevención de discapacidad infantil (CHDP)	15
Servicios infantiles de California (CCS)	15
Servicios de drogas, alcohol, y salud mental	15
Servicios de mejora de calidad/ gestión de utilización	15
Gestión de casos	16



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Coordinación de beneficios	16
Cambiar de proveedor de atención primaria	16
Servicios no cubiertos	17
Procedimientos de apelación/ reclamación	17
Departamento de asistencia de salud gestionada de California (DMHC)	18
Si es miembro de CHCN Medi-Cal	20
Derechos y responsabilidades de los miembros	21
Derechos de los miembros	21
Responsabilidades de los miembros	23
Información	24
Qué hacer si se le genera una factura	24



Community Health Center Network	510.279.0200
---------------------------------	--------------

Alameda Alliance for Health, Membership Services	510.747.4567
--	--------------

Asian Health Services

818 Webster St., Oakland, 94607	510.986.6800
---------------------------------	--------------

Rolland & Kathryn Lowe Medical Center

835 Webster St., Oakland, CA 94606	510.318.5800
------------------------------------	--------------

Frank Kiang Medical Center

250 East 18th St., 2nd Floor, Oakland, CA 94606	510.735.3888
---	--------------

Pediatrics, San Leandro

101 Callan Avenue, Suite 105, San Leandro, CA 94577	510.357.7077
---	--------------

Axis Community Health

4361 Railroad Ave., Pleasanton, CA 94566	925.462.1755
--	--------------

3311 Pacific Ave., Livermore, CA 94550	925.462.1755
--	--------------

5925 W Las Positas Blvd., Ste 100, Pleasanton, CA 94588	925.462.1755
---	--------------

Bay Area Community Health

Liberty

39500 Liberty Street, Fremont, CA 94538	510.770.8040
---	--------------

Mowry

2299 Mowry Avenue, Ste 3-B, Fremont, CA 94538	510.770.8040
---	--------------

Mowry II

1999 Mowry Avenue, Ste F&N, Fremont, CA 94538	510.770.8040
---	--------------

Main Street Village

3607 Main St., Suite B, Fremont, CA 94538	510.770.8040
---	--------------

Irvington Dave

40910 Fremont Blvd., Fremont, CA 94538	510.770.8040
--	--------------



INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

Baywell Health

West Oakland

700 Adeline, Street, Oakland, CA 94607 510.835.9610

East Oakland

7450 International Boulevard, CA 94621 510.835.9610

Albert J. Thomas Medical Center

10615 International Boulevard, CA 94603 510.835.9610

La Clinica

Transit Village

3451 East 12th Street, Oakland, CA 94601 510.535.3500

Clinica Alta Vista

1515 Fruitvale, Oakland, CA 94601 510.535.6300

San Antonio Neighborhood Health Center

1030 International Blvd., Oakland, CA 94606 510.238.5400

Julian R Davis Pediatrics

5461 Foothill Blvd., Oakland, CA 94601 510.532.0918

LifeLong Medical Care

Ashby Health Center

3075 Adeline St., Ste. 280, Berkeley, CA 94703 510.981.4100

Over 60 Health Center

3260 Sacramento St., Berkeley, CA 94702 510.981.4100

East Oakland

10700 MacArthur Blvd., Ste. 14B, Oakland, CA 94605 510.981.4100

Downtown Oakland

616 6th Street, Oakland, CA 94612 510.981.4100

Howard Daniel Clinic

9933 MacArthur Blvd., Oakland, CA 94605 510.981.4100

West Berkeley Family Practice

837 Addison St., Berkeley, CA 94710 510.981.4100



LifeLong Medical Care Cont.

TRUST Health Center

386 14th Street, Oakland, CA 94612

510.210.5050

Lenoir Health Center

2940 Summit Street, Ste. 1B, Oakland, CA 94609

510.834.4897

Native American Health Center

2950 International Blvd., Oakland, CA 94601

510.535.4400

Tiburcio Vasquez Health Center

Union City Clinic

33255 Ninth Street, Union City, CA 94587

510.471.5880

Hayward Clinic

22331 Mission Blvd., Hayward, CA 94541

510.471.5880

Silva Clinic

680 W Tennyson Rd., Room 12, Hayward, CA 94544

510.782.4470

San Leandro Clinic

16110 East 14th Street, San Leandro, CA 94578

510.398.7500

Firehouse Clinic

28300 Huntwood Ave., Hayward, CA 94544

510.398.7474

Hesperian Clinic

19682 Hesperian Blvd., Ste. 101A, Hayward, CA 94541

510.471.5880



Bienvenida

¿Quiénes son Community Health Center Network?

Cuando seleccionó a su proveedor de atención primaria, se convirtió en miembro de Community Health Center Network. Su clínica de atención primaria trabaja directamente con Community Health Center Network (Grupo médico) en relación con su seguro médico proporcionado por Alameda Alliance for Health u otros Planes de salud que tienen contrato con Community Health Center Network.

Este manual está diseñado para que se familiarice con lo que significa ser miembro de Community Health Center Network, aprenda cómo acceder a los servicios de salud, y haga que ser miembro del plan que ha elegido sea una elección saludable y sencilla.

Lea atentamente este manual y téngalo a la mano para consultarlo fácilmente.

Proveedores de atención primaria y Clínicas de salud

Community Health Center Network cree que la elección, la comodidad y cómo se siente usted con su Proveedor clínico de atención primaria son esenciales. Su Proveedor clínico de atención primaria es responsable de gestionar la atención de salud que necesita y le remitirá a un especialista participante cuando sea necesaria una atención médica especial. Su Proveedor clínico de atención primaria toma decisiones médicas con base en sus necesidades de atención de salud y sin basarse en algún incentivo para obtener beneficios económicos.

Evaluación inicial de salud (IHA, por sus siglas en inglés) CHCN recomienda que, como nuevo miembro, visite a su nuevo Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) dentro de los primeros 120 días para una evaluación inicial de salud (IHA), de modo que su Proveedor clínico de atención primaria esté al tanto de sus necesidades de atención médica.

Atención preventiva

Community Health Center Network cree que la buena salud se basa en la "atención preventiva". Community Health Center Network recomienda que usted y todos los miembros elegibles de su familia reciban revisiones regulares, vacunas y pruebas de detección que lo mantendrán saludable. Puede programar estos servicios llamando a su Clínica de atención primaria para obtener una cita.

Las mujeres embarazadas necesitan atención temprana y frecuente. Llame a su médico para saber cuándo debe acudir.

Manejo de enfermedades

Su Plan de salud ofrece diversos programas de manejo de enfermedades, como lidiar contra el asma, la diabetes, y otras enfermedades. Póngase en contacto con su Plan de salud para obtener información específica sobre sus programas de manejo de enfermedades (consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7).

Además de los programas de su Plan de salud, su Clínica de atención primaria también proporciona servicios de apoyo que son esenciales para el manejo efectivo de enfermedades crónicas. Pregunte en su Clínica de atención primaria por las clases de educación de salud, la formación para el autocontrol de la diabetes, el asesoramiento nutricional, etc.



Atención las 24 horas

Community Health Center Network sabe que el poder contactar a su Clínica de atención primaria en cualquier momento es importante para mantenerse sano. Si tiene dudas, siempre recuerde llamar al número de teléfono de la clínica, que figura en su tarjeta de Identificación de miembro.

Acceso oportuno a la atención

La ley de California exige que los Planes de salud proporcionen acceso oportuno a la atención médica. Esto significa que hay límites en el tiempo que tiene que esperar para obtener citas de atención de salud y asesoramiento telefónico. Si tiene problemas para obtener acceso oportuno a la atención, debe llamar a su Plan de salud. Si su plan no resuelve su problema, póngase en contacto con el Departamento de atención de salud gestionada en el 1.888.466.2219.

Tiempos de espera para las citas

Tiene derecho a citas dentro de los siguientes plazos:

Citas con su Médico de atención primaria (PCP)

Tipo de cita:	Cita en un plazo de:
Cita no urgente	10 días hábiles a partir de la solicitud
1era cita de Obstetricia/Ginecología prenatal	10 días hábiles a partir de la solicitud
Cita urgente que requiere autorización previa	96 horas a partir de la solicitud
Cita urgente que no requiere autorización previa	48 horas a partir de la solicitud

Cita de Especialidad/Otras

Tipo de cita:	Cita dentro de:
Cita no urgente con un médico especialista	15 días hábiles a partir de la solicitud
1era cita de Obstetricia/Ginecología prenatal	15 días hábiles a partir de la solicitud
Cita no urgente con un Proveedor de salud conductual	10 día hábiles a partir de la solicitud
Cita no urgente con un proveedor de servicios auxiliares	15 días hábiles a partir de la solicitud
Cita urgente que requiere autorización previa	96 horas a partir de la solicitud
Cita urgente que no requiere autorización previa	48 horas a partir de la solicitud



Tiempos de espera para las citas, cont.

Tiene derecho a citas dentro de los siguientes plazos:

Todos los proveedores tiempo de espera/Teléfono/Práctica de lenguaje

Tipo de cita:	Cita dentro de:
Tiempo de espera en consultorio	60 minutos
Tiempo de devolución de llamada	1 día hábil
Tiempo de respuesta de llamada	10 minutos
Acceso telefónico	Cobertura 24/7
Selección y cribado telefónico	El tiempo de espera no excede los 30 minutos
Servicios de lenguaje	Servicios de intérprete proporcionados 24/7

Excepciones al tiempo de espera

- El objetivo de la ley de acceso oportuno es garantizar que usted reciba la atención que necesita. A veces necesita citas incluso antes de lo requerido por la ley. En este caso, su médico puede solicitar que la cita se haga antes.
- A veces, esperar un poco más para la atención no es un problema. Su proveedor puede darle un tiempo de espera más largo si no es perjudicial para su salud. Debe anotarse en su expediente que un tiempo de espera más largo no será perjudicial para su salud.
- Si no puede obtener una cita oportuna en su área porque no hay proveedores suficientes, su Plan de salud debe ayudarle a obtener una cita con un proveedor adecuado.



Beneficios y servicios

Los beneficios y servicios ofrecidos por cada Plan de salud varían. Para conocer los beneficios y los servicios que ofrece su Plan de salud, consulte la Constancia de cobertura del plan o póngase en contacto con el Representante del servicio de atención a miembros de su plan. (Consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7).



Visitas médicas

Cuando llame para programar una cita de rutina con su Clínica de atención primaria o cuando sea remitido por su Proveedor clínico de atención primaria para llamar a un especialista para una cita, hágale saber que usted es miembro de Community Health Center Network. Si está herido o tiene un problema médico urgente que no puede esperar, llame a su Clínica de atención primaria para recibir instrucciones y/o recomendaciones médicas.

Cuando llegue a su cita, muestre su tarjeta de Identificación de miembro.

Remisión a especialistas y otros servicios

Community Health Center Network cuenta con una amplia red de médicos especialistas, como cardiólogos para problemas del corazón, y nefrólogos para problemas de los riñones. La mayoría, pero no la totalidad, de los especialistas que figuran en los manuales para miembros de nuestros planes de salud contratados, también tienen contrato con Community Health Center Network. CHCN también tiene contrato con proveedores de radiología y laboratorio para sus pruebas diagnósticas necesarias. Su Proveedor clínico de atención primaria le dirigirá y remitirá a estos servicios. Los servicios de proveedores fuera de la red (proveedores sin contrato con CHCN) pueden ser negados.

Hospitalización

Puede que requiera hospitalización como parte de su plan de atención. Cuando sea médicamente necesario, su Proveedor clínico de atención primaria –o un especialista dentro de la red al que le hayan remitido– deberá ingresarle en un hospital; excepto cuando tiene una emergencia, en cuyo caso cualquier proveedor podrá ordenar su ingreso. Esto es muy importante porque sin la orden de su Proveedor de atención primaria, es posible que tenga que pagar sus propias facturas del hospital. Una hospitalización "médicamente necesaria" es aquella en la que su Proveedor clínico de atención primaria decide que debe ser ingresado en el hospital para recibir la mejor atención para su condición. Póngase en contacto con su Clínica de atención primaria y siga sus instrucciones para el ingreso al hospital.

Recuerde traer su tarjeta de Identificación de miembro y mostrársela al personal de admisión del hospital cuando llegue. Algunas amenidades en el cuarto del hospital, como la televisión y el teléfono pueden no estar cubiertas por su Plan de salud.



Atención de salud en el hogar

A veces es mejor que un miembro reciba la atención en casa en lugar de recibirla en el hospital. Si este es el caso, su Proveedor clínico de atención primaria organizará esto con Community Health Center Network para que los arreglos se hagan por usted.

Servicios de Obstetricia / Ginecología

Los miembros adultos y adolescentes de Community Health Center Network tienen derecho a un acceso oportuno a los servicios relacionados con el embarazo, y tienen la opción de elegir un proveedor de Community Health Center Network con o sin acuerdo previo con su Proveedor clínico de atención primaria. Póngase en contacto con Community Health Center Network para obtener una lista de proveedores dentro de la Red (Consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7).



Atención de maternidad

Community Health Center Network cubre la atención prenatal, es decir, todas las visitas necesarias antes de que nazca el bebé, así como las revisiones periódicas después de que nazca. Community Health Center Network se ocupa de sus necesidades de salud durante el embarazo para que tanto usted como su bebé estén sanos. Después de dar a luz, puede permanecer en el hospital hasta 48 horas tras un parto vaginal o 96 horas tras una cesárea si no ha tenido complicaciones. Si usted y su proveedor deciden que puede irse a casa antes de esas horas, es posible que reciba la visita de una enfermera en su hogar. Su proveedor organizará esto por usted.

Servicios sensibles a miembros Medi-Cal

Los miembros adultos y adolescentes de Community Health Center Network Medi-Cal tienen derecho al acceso oportuno a servicios confidenciales sensibles, y tienen la opción de elegir a CUALQUIER médico o proveedor dispuesto sin previo acuerdo con su Clínica de atención primaria.



Atención sensible a adolescentes

Si tiene menos de 18 años, puede recibir algunos servicios sin el permiso de un padre o tutor. Estos servicios se denominan servicios de consentimiento de menores. Puede recibir los siguientes servicios sin el permiso de su padre o tutor:

- Servicios de abuso sexual, incluyendo atención ambulatoria de salud mental
- Embarazo
- Planificación familiar y anticonceptivos
- Servicios de aborto

Si tiene 12 años o más, puede recibir también los siguientes servicios sin el permiso de un padre o tutor:

- Atención ambulatoria de salud mental para:
 - Abuso sexual
 - Incesto
 - Maltrato físico
 - Abuso infantil
 - Cuando tiene pensamientos de lastimarse a usted mismo o a otros
- Prevención, pruebas y tratamiento de VIH/SIDA.
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Tratamiento del trastorno de uso de sustancias.

Los servicios especializados de salud mental están cubiertos por el plan de salud mental del condado donde vive.

Para las pruebas de embarazo, los servicios de planificación familiar, los servicios anticonceptivos, o los servicios para infecciones de transmisión sexual, el médico o la clínica no tiene que formar parte de la red CHCN. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y acudir con él para estos servicios, sin una remisión o preautorización (autorización previa). Para los servicios de consentimiento de menores que no sean servicios especializados de salud mental, puede acudir a un proveedor de la red sin una remisión o preautorización. Su PCP no tiene que remitirle y usted no necesita obtener aprobación previa de CHCN para obtener servicios de consentimiento de menores que estén cubiertos por este Manual de miembro.

Los menores pueden hablar en privado con un representante acerca de sus inquietudes de salud llamando a la línea gratuita de recomendaciones de enfermería 24/7 al 1.888.433.1876.

No enviaremos información sobre la obtención de servicios sensibles a padres o tutores. Consulte la sección "Aviso de prácticas de privacidad" para obtener información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles.]



Servicios sensibles para adultos

Como adulto (18 años o más), puede que no quiera acudir con su PCP para determinados servicios sensibles. En caso de un servicio sensible, puede elegir a cualquier médico para la atención que figura a continuación:

- Planificación familiar y anticonceptivos (incluyendo la esterilización para adultos de 21 años en adelante)
- Pruebas de embarazo y acompañamiento
- Prevención, pruebas, y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Prevención y pruebas de VIH/SIDA
- Atención de abuso sexual
- Servicios ambulatorios de aborto

El médico o clínica no tiene que formar parte de la red CHCN. Puede elegir cualquier proveedor Medi-Cal y acudir a él sin una remisión o preautorización (autorización previa) para estos servicios. Puede ser que los servicios de un proveedor fuera de la red no relacionados a atención sensible no estén cubiertos.

Para obtener ayuda para encontrar un médico o clínica que proporcione estos servicios, puede llamar a nuestro departamento de atención al cliente al 1.510.297.0242.

Si necesita ayuda para llegar a estos servicios (incluyendo el transporte), puede llamar a su plan de salud. No enviaremos información sobre la obtención de servicios sensibles a otros miembros de su hogar. Consulte la sección "Aviso de prácticas de privacidad" para obtener información sobre cómo solicitar comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios sensibles.]

Atención de emergencia

Para atención de emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) más cercana. Para atención de emergencia, no necesita preautorización (autorización previa).

La atención de emergencia es para condiciones médicas que amenazan la vida. La atención de emergencia es para una enfermedad o lesión que una persona (no un profesional de la salud) prudente (razonable) con conocimientos medios de salud y medicina podría esperar que, en ausencia de atención médica, provoque:

1. Poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto).
2. Deterioro grave de las funciones corporales.
3. Disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo.

Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a: Ataque cardíaco (Dolor en el pecho)

- Accidentes cerebrovasculares
- Hemorragia no controlada
- Envenenamiento
- sangrado incontrolado
- Pérdida de la conciencia
- Dificultad para respirar

En una emergencia que amenaza la vida, llame al 911 inmediatamente para pedir ayuda, o acuda a la sala de emergencias más cercana. Debe llamar a su Clínica de atención primaria, o pedir a alguien que llame en su lugar, en un lapso de 24 horas. No debe regresar a la sala de emergencias a menos que tenga otra emergencia. No vaya a ER para atención de rutina que no sea inmediatamente necesaria. Debe obtener la atención de rutina de su PCP, que le conoce mejor.



Atención de urgencia

Los problemas urgentes son aquellos que deben manejarse llamando primero a su clínica de atención primaria. Ejemplos de situaciones donde la atención médica rápida es necesaria pero no se consideran emergencias son:

- Resfriados, dolor de garganta, tos
- Fiebre
- Vómito
- Posibles fracturas
- Hematomas
- Laceraciones pequeñas
- Esguinces, torceduras
- Calambres
- Diarrea
- Quemaduras menores
- Dolor de oído
- Erupciones
- Glándulas inflamadas

Programa de salud y prevención de discapacidad infantil (CHDP)

El Programa de salud y prevención de discapacidad infantil (CHDP) es un programa preventivo que ofrece evaluaciones periódicas y servicios de salud a niños y jóvenes de California con bajos ingresos. Todos los que se benefician de Medi-Cal, desde el nacimiento hasta los 21 años, son elegibles para evaluaciones y servicios de salud periódicos programados por CHDP, basados en el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés), exigido por el gobierno federal.

Los Proveedores clínicos de atención primaria realizan estas pruebas de detección y hacen las derivaciones para el tratamiento cuando es necesario.

Servicios infantiles de California (CCS)

El programa CCS proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento, gestión de casos médicos, y servicios de terapia física y ocupacional a niños menores de 21 años con condiciones médicas elegibles por el CCS. Community Health Center Network y su Proveedor clínico de atención primaria trabajarán juntos para coordinar esta atención si el niño miembro de CHCN es elegible.

Servicios de drogas, alcohol, y salud mental

Como miembro de Community Health Center Network, puede llamar a su Clínica de atención primaria, que puede ponerse en contacto con el organismo adecuado para que organice un tratamiento contra las drogas, el alcohol o para la salud mental por usted.

Servicios de mejora de calidad/ gestión de utilización

Previa solicitud, Community Health Center Network pone a disposición de sus miembros información sobre sus programas de gestión de la utilización (UM, por sus siglas en inglés). La información proporcionada sobre la UM puede incluir:

- Descripción del programa
- Criterios y/o directrices utilizadas para la Autorización, modificación, o negación de servicios
- Políticas y procedimientos de UM

Para solicitar información, póngase en contacto con el Departamento de atención al cliente de Community Health Center Network en el 510.297.0242.

Tome en cuenta que Community Health Center Network puede cobrar una cuota para cubrir los gastos de copias y correo asociados con la divulgación.



Gestión de casos

El Programa básico de gestión de casos de CHCN ofrece una serie de servicios que incluyen la coordinación de la atención y la gestión de la utilización (UM). El Programa básico de gestión de casos de CHCN proporciona servicios de gestión de casos de alta calidad, integrados, y culturalmente competentes a los miembros que se considera que tienen necesidades básicas de gestión de casos. El programa trabaja hacia este objetivo mediante:

- El empleo de personal calificado para identificar y evaluar en colaboración las necesidades físicas, conductuales, cognitivas, funcionales, y sociales de los miembros para los servicios de gestión de casos.
- El desarrollo de un plan de coordinación de atención para cada miembro, que incluye información proporcionada por el miembro y el cuidador.

Los objetivos del Programa básico de gestión de casos son:

- Asistir en la identificación de los proveedores e instalaciones adecuados (servicios médicos, de rehabilitación, y de apoyo) para cubrir las necesidades de atención de los miembros.
- Facilitar la comunicación directa entre el proveedor y el miembro/la familia.
- Proporcionar educación a los miembros y la familia, que incluye cambios en el estilo de vida cuando estén justificados.
- Coordinar los servicios no cubiertos y vinculados (Servicios infantiles de CA, Centros regionales, salud conductual) y derivar a los recursos y organismos comunitarios adecuados.
- Mejorar continuamente los sistemas de gestión de casos, procesos, y resultados.

Coordinación de beneficios

Si usted está cubierto por otros planes de seguro médico, Community Health Center Network y su otro plan deben coordinar sus pagos bajo el proceso conocido como Coordinación de beneficios. Debe proporcionar la información de su otro seguro médico a su Clínica de atención primaria y/o a Community Health Center Network para que podamos determinar qué asegurador es el pagador primario o secundario de los servicios. Community Health Center Network trabajará con el otro asegurador para cerciorarse de que usted reciba el valor completo de los beneficios que tiene disponibles.

Cambiar su Proveedor de atención primaria

Como miembro de Community Health Center Network, puede cambiar a una Clínica de atención primaria distinta en cualquier momento del año. Si quiere cambiar a una Clínica de atención primaria diferente, llame al departamento de Membresías de su Plan de salud (consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7) para obtener instrucciones. El plan de salud puede preguntarle la razón o razones por las que quiere cambiar su Clínica de atención primaria. Responder a la pregunta honestamente le ayudará a Community Health Center Network a servirle mejor a usted y a otros miembros en el futuro.

Alameda Alliance for Health: 510.747.4567



Servicios no cubiertos

Los servicios que no están cubiertos se definen por su Plan de salud. Lea la Constancia de cobertura del Plan de salud o póngase en contacto con sus servicios a miembros para más información.

También puede llamar al Departamento de atención al cliente de Community Health Center Network al 510-297-0242 si tiene dudas acerca de estos servicios.

Sin embargo, generalmente se puede considerar que cualquier servicio (excepto en situaciones de emergencia) que no sea solicitado por su Proveedor clínico de atención primaria o autorizado por Community Health Center Network no está cubierto.

Procedimientos de apelación/Reclamación

Si está preocupado o tiene alguna queja, incluyendo preguntas sobre los beneficios o la prestación de servicios, llame al representante de Servicio a miembros de su clínica (consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7). El personal trabajará para responder sus dudas o resolver su problema tan pronto como sea posible.

Si tiene la impresión de que su Clínica de atención primaria no puede abordar adecuadamente su queja, puede llamar a Atención al cliente en Community Health Center Network o a su Plan de salud (consulte el listado de teléfonos en las páginas 4-7).

Si siente que se le han negado servicios por motivos con los que no está de acuerdo, puede solicitar una reconsideración de la decisión. Usted o su médico puede hacerlo llamando o escribiendo a Community Health Center Network o al Plan de salud apropiado (Alameda Alliance for Health). También puede solicitar una revisión por parte de un revisor externo independiente. Un tercero, independiente de Community Health Center Network, Alameda Alliance for Health, llevaría a cabo esta revisión.

Community Health Center Network

101 Callan Avenue, Suite 107, San Leandro, CA 94577

**Los miembros pueden llamar a Community Health Center Network
al 510-297-0242**

Alameda Alliance for Health

Atención a: Departamento de reclamaciones y apelación

Alliance 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

El miembro puede llamar a Alameda Alliance for Health al 510-747-4567 o sin costo al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o 711)

www.alamedaalliance.org

Si considera que un retraso en el tratamiento podría ser perjudicial para su salud, puede llamar al Plan de salud correspondiente y solicitar una apelación acelerada. El grupo tendrá una respuesta para usted en un lapso de 72 horas.



Departamento de atención de salud gestionada de California (DMHC)

El Departamento de atención de salud gestionada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención de salud. El departamento tiene un número telefónico sin costo (1-888-466-2219) para recibir quejas relacionadas con los planes de salud. Las personas con discapacidad auditiva o del habla pueden utilizar el número gratuito del Servicio de retransmisión de California 1-877-688-9891 (TDD) para ponerse en contacto con el departamento. El sitio de internet del departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) cuenta con formularios de quejas e instrucciones en línea.

Si tiene una queja de su Plan de salud, primero debe llamar por teléfono a su plan y preguntar por Servicios a miembros. Utilice el proceso de reclamaciones del plan antes de ponerse en contacto con el Departamento de atención de salud gestionada de California. Si necesita ayuda con una reclamación que implique una emergencia, una reclamación que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al proceso de revisión de quejas de las Divisiones del plan de salud, además de cualquier otro procedimiento de resolución de disputas que pueda estar a su disposición. El hecho de que usted no recurra a estos procedimientos no le impide utilizar cualquier otro recurso previsto por la ley.



Solicitar una revisión independiente de un servicio de asistencia impugnado:

Usted puede solicitar una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés) para disputar los servicios de Atención médica con el Departamento de atención médica gestionada (DMHC) si cree que los servicios de atención médica han sido denegados, modificados, o demorados indebidamente por el Plan de salud o uno de sus proveedores contratados. Un "servicio de asistencia de salud impugnado" es cualquier servicio de asistencia de salud elegible para cobertura y pago en virtud de su contrato de miembro que haya sido denegado, modificado, o retrasado por el Plan de salud o uno de sus proveedores contratados, en su totalidad o en parte, porque el servicio no es médicamente necesario.

El proceso de IMR se suma a cualquier otro procedimiento o recurso que pueda estar a su disposición. Usted no paga ningún tipo de tasa de solicitud o tramitación de IMR usted tiene derecho a proporcionar información en apoyo de la solicitud de IMR.

El plan de salud debe proporcionarle un formulario de solicitud de IMR con cualquier carta de disposición de queja que deniegue, modifique, o retrase los servicios de atención de salud. La decisión de no participar en el proceso de IMR puede hacer que pierda cualquier derecho legal a emprender acciones legales contra el plan de salud en relación con el servicio de atención sanitaria objeto de disputa.

Su solicitud de IMR será revisada por el DMHC para confirmar que:

1. Su proveedor ha recomendado un servicio de atención de salud como médicamente necesario, o (B) Usted ha recibido atención de urgencia o servicios de emergencia que un proveedor determinó que era médicamente necesario, o (C) Ha sido atendido por un proveedor del plan para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad para la que solicita la revisión independiente; y
2. El Plan de salud o uno de sus proveedores contratados ha denegado, modificado, o retrasado el servicio de asistencia de salud objeto de la disputa, basándose total o parcialmente en la decisión de que el servicio de asistencia de salud no es médicamente necesario; y
3. Ha presentado una reclamación ante el Plan de salud o su proveedor contratado y se confirma la decisión impugnada, o la reclamación sigue sin resolverse después de 30 días. Si su queja requiere una revisión acelerada, puede ponerla inmediatamente en conocimiento del Departamento. DMHC puede renunciar al requisito de que usted siga el proceso de quejas del Plan de salud en casos extraordinarios y apremiantes.

Si su caso es elegible para IMR, la disputa se someterá a un especialista médico que hará una determinación independiente sobre si la atención es médicamente necesaria o no. Usted recibirá una copia de la valoración hecha en su caso. Si la IMR determina que el servicio es médicamente necesario, el plan prestará el servicio de salud.



Solicitar una revisión independiente de un servicio de asistencia impugnado, cont.:

Para los casos no urgentes, la organización de IMR designada por DMHC debe proporcionar su determinación en un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud y los documentos de apoyo. Para los casos urgentes que impliquen una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, entre otros, el dolor grave, la pérdida potencial de la vida, de una extremidad, o de una función corporal importante, o el deterioro inmediato y grave de su salud, la organización de IMR debe proporcionar su determinación en un plazo de 3 días hábiles.

Para más información sobre el proceso de IMR, o para solicitar un formulario de solicitud, llame al 1-888-466-2219 o TTY 1-877-688-9891. La información también está disponible en el sitio web:

<https://www.dmhc.ca.gov>

SI ES UN MIEMBRO DE COMMUNITY HEALTH CENTER NETWORK MEDI-CAL:

Las siguientes son opciones adicionales a su disposición si no está satisfecho con Community Health Center Network:

Audiencia estatal:

Como miembro de Community Health Center Network Medi-Cal, puede solicitar una audiencia estatal en cualquier momento durante este proceso llamando o escribiendo a:

Departamento de servicios sociales de California División de audiencias del Estado
Apartado postal 944243, estación de correo 09-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Número telefónico: 1 (800) 952-5253
TTY 1-(800) 952-8349 o 711

Mediador:

Como miembro de Community Health Center Network Medi-Cal, puede ponerse en contacto con la Oficina del mediador para que le asista en el 1(888) 452-8609 o por correo electrónico;

MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov



Derechos y responsabilidades de los miembros

Derechos de los miembros

- Usted tiene derecho a ser tratado siempre con dignidad y a recibir una atención considerada y respetuosa, independientemente de su religión, raza, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual, discapacidad, o situación económica.
- Tiene derecho a recibir servicios de manera culturalmente competente/no discriminatoria.
- Tiene derecho a un acceso puntual a los proveedores de la red.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria dentro de la red CHCN.
- Tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico en términos que pueda comprender, independientemente del costo de la cobertura.
- Tiene derecho a acceder a servicios de planificación familiar, centros de maternidad independientes, centros de salud federales calificados, clínicas de salud para indios, servicios de obstetricia, centros de salud rurales, servicios para infecciones de transmisión sexual y servicios de emergencia fuera de la red de CHCN, de conformidad con la ley federal.
- Tiene derecho a recibir información de miembros escrita totalmente traducida al idioma que prefiera.
- Tiene derecho a obtener, sin costo alguno, información de miembros escrita en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) solicitados previamente y de manera oportuna adecuada al formato solicitado y de conformidad con la Sección 14182 (b) (12) del Código de bienestar e instituciones.
- Tiene derecho a participar en la toma de decisiones con los proveedores sobre su propia atención de salud, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a no ser sometido a ninguna forma de restricción o aislamiento utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia, o represalia.
- Tiene derecho a recibir una copia de su historial médico y a solicitar que se modifique o corrija, tal y como se especifica en el Código de reglamentos federales 45, secciones 164.524 y 164.526.
- Tiene derecho a ejercer libremente estos derechos sin que ello afecte negativamente a la forma en que le trata CHCN, sus proveedores, o el Estado.



Derechos de los miembros, cont.

- Tiene derecho a acceder a los servicios de consentimiento de menores.
- Tiene derecho a cambiar de proveedor de atención primaria.
- Tiene derecho a realizar directivas anticipadas.
- Tiene derecho a recibir coordinación de atención.
- Tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal si se le niega un servicio o prestación y ya ha presentado apelación ante su plan de salud y sigue sin estar satisfecho con la decisión, o si no ha obtenido una decisión sobre su recurso después de 30 días, incluyendo información sobre las circunstancias en las que es posible una audiencia acelerada.
- Tiene derecho a expresar sus reclamaciones, verbalmente o por escrito, a su plan de salud sobre la organización o la atención que ha recibido.
- Tiene derecho a toda la información contenida en su expediente médico. Tiene derecho a compartir los expedientes de cualquier servicio de telesalud proporcionados con su médico de atención primaria. Estos expedientes serán compartidos con su médico de atención primaria, a menos que usted no esté de acuerdo.
- Tiene derecho a recibir servicios de interpretación gratuitos para su idioma.
- Tiene derecho a recibir asistencia legal gratuita en su oficina local de asistencia legal u otros grupos.
- Tiene derecho a solicitar al plan de salud una apelación de las decisiones de negación, aplazamiento, o limitación de servicios o beneficios..
- Tiene derecho a toda consideración de privacidad que proveen generalmente los médicos y el personal médico.
- Tiene derecho a conocer la razón médica de la decisión de CHCN para negar, retrasar, o modificar una solicitud de atención médica.
- Tiene derecho a que se le proporcione información acerca de su plan de salud y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos, especialistas, y los derechos y responsabilidades de los miembros.

Para una explicación más detallada de estos derechos, asegúrese de solicitar el aviso de prácticas de privacidad de su clínica de salud. El aviso de prácticas de privacidad de Community Health Center Network se encuentra publicado en nuestro sitio web chcnetwork.org o está disponible vía solicitud por correo.



Responsabilidades de los miembros

- Usted tiene la responsabilidad de hablar abiertamente con el Proveedor clínico de atención primaria
- Construir una relación proveedor/paciente basada en la confianza y la cooperación.
- Usted tiene la responsabilidad de ayudar a CHCN a mantener registros precisos y actualizados proporcionando información oportuna sobre cambios de domicilio, situación familiar, y otras coberturas de atención médica.
- Usted tiene la responsabilidad de llevar consigo su tarjeta de Identificación de miembros de su Plan de atención gestionada y presentarla antes de recibir cualquier servicio médico.
- Usted tiene la responsabilidad de tratar a todo el personal de CHCN y a los proveedores con respeto y cortesía.
- Usted tiene la responsabilidad de hacer preguntas para asegurarse de que entiende las instrucciones que se le dan..
- Usted tiene la responsabilidad de comunicar a su Proveedor clínico de atención primaria información importante sobre su salud y de recibir atención antes de que un problema se agrave.
- Usted tiene la responsabilidad de acudir a las citas programadas o de llamar con 24 horas de anticipación si va a cancelar.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir las reglas de miembros de su plan de Atención gestionada y de leer todos los materiales al afiliarse.



24 | Página Información

What to do if you get a bill:

Si recibe una factura del proveedor de atención de salud o del hospital por error, asegúrese de hacer lo siguiente:

- Abra la factura y revise para ver si su información de miembro es correcta.
- No pague la factura. Escriba en la factura su número de Identificación de miembro y el nombre de su plan de atención gestionada.

CÓMO ACCEDER AL SERVICIO DE INTERPRETACIÓN:

Alameda Alliance for Health: 1-510-747-4567 o sin costo al 1-877-932-2738 (TTY 1-800-735-2929 o 711)





Community Health Center Network

101 Callan Avenue, Suite 107

San Leandro, CA 9457

Teléfono principal: 510.297.0200

Fax principal: 510.297.0209

chcnetwork.org

