

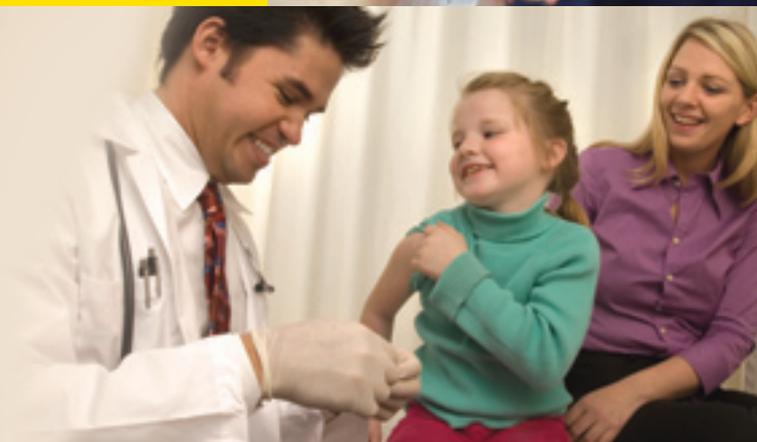


Cómo Utilizar Su Plan de Salud

www.opa.ca.gov



Una guía para
aprovechar
al máximo su
HMO o PPO



El Estado de California
Oficina del Defensor
del Paciente

Lo que dicen los californianos de esta guía:

“Es clara y fácil de usar”.

“Como consumidor me siento con el poder de tener una voz en el sistema de salud”.

“Me encantan los números y páginas de Internet. Eso está muy bien”.

“Esta información sería muy útil en el periodo de inscripción abierta”.

Obtenga ayuda con su plan de salud, o **Solicite** una copia gratis de esta guía en español, inglés o chino.

1-888-466-2219

1-887-688-9891 (TTY)

www.opa.ca.gov

Elaborado por la Oficina del Defensor del Paciente de California, en colaboración con Health Research for Action de la Universidad de California, Berkeley, y con comunidades de todo el Estado de California.

© 2008 por el Estado de California.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, publicada, adaptada, distribuida, o transmitida de ninguna forma ni por ningún medio (incluyendo medios electrónicos, microcopiado, y fotocopiado) sin previa autorización escrita del propietario de los derechos.

Exención de Responsabilidad Legal: Esta guía contiene sólo información general y no es un sustituto de la asesoría brindada por profesionales de salud, defensores del consumidor, asesores legales, o representantes calificados de los planes de salud. Ni la Oficina del Defensor del Paciente, ni los Regentes de la Universidad de California, representan o garantizan que el contenido de esta guía esté completo o sin error. Los cambios frecuentes en el cuidado administrado de la salud o en la protección legal para el consumidor pueden hacer la guía obsoleta, inapropiada y/o incorrecta. En ningún caso, la Oficina del Defensor del Paciente, los Regentes de la Universidad de California, o cualquier entidad involucrada en la producción de esta publicación serán responsables por daños directos, especiales o como consecuencia, que resulten, directa o indirectamente, del uso de esta guía o de cualquier página de Internet o número telefónico incluido en ella. Favor de consultar con un representante calificado de su plan de salud cualquier información específica sobre su plan de salud.

Lo que encontrará en esta guía



Página

2 Bienvenido

Fundamentos de los planes de salud

- 4 Tipos de planes de salud
- 6 Costos de los planes de salud
- 8 Al comparar planes
- 10 Obtener un plan de su empleo
- 12 Al comprar un plan por sí mismo
- 14 Planes de Medi-Cal
- 16 Planes de Medicare Advantage

Usted y su doctor

- 18 Su doctor familiar
- 20 Referencias y autorizaciones previas
- 22 Al elegir tratamiento
- 24 Servicios en su idioma
- 26 Asistencia para personas con discapacidades

Obtener el cuidado médico

- 28 Sus beneficios
- 30 Cuidados preventivos
- 32 Medicamentos, materiales y equipo médico
- 34 Precauciones con los medicamentos
- 36 Cómo consultar a un especialista
- 38 Si usted tiene una condición crónica
- 40 Emergencias y cuidados de urgencia
- 42 Cuidados en el hospital
- 44 Cuidados de salud mental
- 46 Cuidados en su hogar, un centro de convalecencia y hospicio

Problemas y quejas

- 48 Haga oír sus derechos
- 50 Presente una queja ante su plan
- 52 Contacte el Centro de Ayuda HMO

Para obtener más ayuda

- 54 Comuníquese con su plan de salud
- 56 Números telefónicos y sitios web
- 61 Términos comunes
- 62 Índice



Bienvenido a la



- La Oficina del Defensor del Paciente (OPA) está al tanto para asegurarse de que usted reciba la mejor calidad de atención de su plan de salud.
- Cada año publicamos el Reporte de Calidad para que usted pueda comparar su plan de salud y sus doctores.
- Además le indicamos cómo puede obtener la atención que merece y qué hacer si tiene problemas.
- Ofrecemos información gratuita para los consumidores, tal como la guía que usted está leyendo, la cual está disponible en inglés y en otros idiomas.

Photo courtesy Augie Macavilla



La Oficina del Defensor del Paciente

1-916-324-6407

1-866-499-0858 (TTY)

www.opa.ca.gov

Oficina del Defensor del Paciente

www.opa.ca.gov

Inicio | Acerca de OPA | Cómo Utilizar Su Plan de Salud | Reporte de Calidad | Contáctenos

Calificaciones de las HMO

Plan de salud	Calificación	Cumplimiento de las normas nacionales de atención	Calificación de los afiliados a las HMO
Andra Health of California, Inc.	★★★★ Excelente	★★	★
Blue Cross HMO - CaliforniaCare	★★★★ Excelente	★★	★★
Blue Shield of California HMO	★★★★ Excelente	★★	★★★★
CGHA HMO	★★★★ Excelente	★★	★★
Health Net of California, Inc.	★★★★ Excelente	★★★★	★★★★
Keystone Permanente - Northern California District	★★★★ Excelente	★★★★	★★★★
Keystone Permanente - Southern California District	★★★★ Excelente	★★★★	★★★★
QualCare of California	★★★★ Excelente	★★	★★★★
Western Health Advantage	★★★★ Excelente	★★	★★★★

Cumplimiento de las normas nacionales de atención

Comparemos los registros de los afiliados con un conjunto de normas nacionales de atención.

- Atención del enfermo
- Pruebas de detección de cáncer
- Atención médica de la diabetes
- Atención médica de enfermedades cardíacas
- Atención médica durante la maternidad
- Atención de la salud mental
- Infecciones de transmisión sexual
- Pruebas de detección de cáncer del colon de espaldas (colonoscopia)
- Tratamiento temprano a adultos con salud mental adecuada
- Tratamiento de la trombozitis con estadios
- Tratamiento temprano a niños infectados y vacunas

Calificación de los afiliados a las HMO

Comparemos cómo los afiliados a las HMO califican la atención y servicios que están recibiendo.

- Ayuda para dejar de fumar
- Servicio al cliente de las HMO

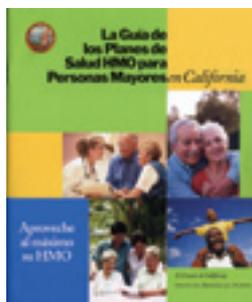
▶ OPA Inicio

▶ 2007 Reporte de Calidad

Llame al 1-888-466-2219 para solicitar sus recursos gratis.



▶ Reporte de Calidad de los planes de salud en inglés, español, chino, vietnamita o coreano



▶ La Guía de los Planes de Salud HMO para Personas Mayores en inglés y español



▶ Hojas de datos acerca de las HMOs en muchos idiomas

Tipos de Planes de Salud

La mayoría de los californianos que tienen seguro médico pertenecen a un plan de salud de tipo HMO o PPO. Las HMOs también se conocen como ‘organizaciones para el mantenimiento de la salud’. Las PPOs son conocidas como ‘organizaciones de proveedores preferidos’. Las HMOs y las PPOs tienen reglas distintas para proporcionar sus servicios.

En el trabajo de **Elliot** se ofrecen 2 tipos de planes: una HMO y una PPO. “La HMO cuesta menos, pero no puedo consultar al alergista que deseo. En la PPO puedo consultar al alergista, pero tengo que pagar más”.



© Compassionate Eye Foundation/Robert Kent/Getty Images

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219 

www.dmhc.ca.gov 

Información y ayuda las 24 horas del día, para los clientes de los planes de salud.

Department of Insurance

(Departamento de seguros)

1-800-927-4357 

www.insurance.ca.gov 

Información sobre el seguro médico.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Cómo utilizar su plan de salud.

U. S. Department of Labor

(Departamento del trabajo)

1-866-444-3272 

www.dol.gov/ebsa/faqs

Información sobre los derechos del cuidado médico.

Preguntas y Respuestas

¿Por qué elegir una HMO en lugar de una PPO?

Usted puede elegir una HMO para ahorrar costos y evitar recibir un cobro o presentar un reclamo.

¿Por qué elegir una PPO en lugar de una HMO?

Usted puede elegir una PPO si quiere conservar a su doctor y él no pertenece a una HMO. Tal vez usted quiera consultar a especialistas y otros proveedores sin primero tener que obtener referencias y autorización previa.

Cuando me inscribí en una HMO, tuve que elegir un doctor. Mi doctor forma parte de un grupo médico.

¿Qué es eso?

Es un grupo de doctores y otros proveedores que tienen un contrato con un plan de salud para prestar la atención a los clientes del plan. En una HMO usted recibe la mayor parte de la atención del grupo médico al que pertenece su doctor familiar.

Características de las HMOs	Características de las PPOs
Una HMO consiste de una red de doctores, hospitales, laboratorios y otros proveedores. Usted tiene que recibir toda su atención médica de los proveedores que pertenecen a la red.	Al igual que las HMOs, las PPOs consisten de una red de doctores, hospitales, laboratorios y otros proveedores. A éstos se les llama proveedores preferidos. Generalmente, usted paga menos por usar los proveedores preferidos.
Por lo general, usted no puede utilizar proveedores que no están en la red al menos que obtenga autorización previa de su plan, sea una emergencia, o este de viaje y necesite cuidado de urgencia.	Usted puede utilizar proveedores fuera de la red, pero pagará más.
Usted debe tener un doctor general, llamado doctor familiar.	Usted puede tener un doctor familiar, pero no es obligatorio.
Usted debe obtener una referencia de su doctor familiar para obtener la mayoría de los servicios, como la atención de un especialista o pruebas de laboratorio.	Usted puede recibir servicios sin la necesidad de una referencia.
Su HMO o el grupo médico de su doctor deben dar autorización previa para la mayoría de los servicios.	Usted puede recibir servicios sin necesidad de una autorización previa.
Usted debe vivir o trabajar en el área de servicio de su HMO.	Usted debe vivir en el área de servicio de su PPO.

Consejos

► Obtenga más información sobre los planes de salud

- Para información sobre el seguro médico, llame al **Department of Insurance** al **1-800-927-4357** o visite **www.insurance.ca.gov**.
- Para aprender más sobre los planes de salud para personas con bajos ingresos, vea las páginas 6 y 14.
- Para obtener más información sobre las HMOs y las PPOs, visite **www.opa.ca.gov**.
- Para obtener información sobre los planes de Medi-Cal, vea las páginas 14–15.
- Para obtener información sobre los planes de Medicare, vea las páginas 16–17.
- Los planes POS son parecidos a las PPOs, pero usted necesita tener un doctor de atención primaria. Las POSs son conocidas como ‘planes del punto de servicio’. Para más información, visite **www.dmhc.ca.gov**.
- Para obtener información sobre los planes con deducibles altos, visite **www.dmhc.ca.gov**. Y vea la página 6.
- Con los planes de seguro propio, el empleador usa sus propios fondos para pagar el cuidado médico de los empleados. Para obtener más información, pregunte a su empleador o llame al **U.S. Department of Labor** al **1-866-444-3272**.

Costos de los planes de salud

Es conveniente saber cuáles son los costos y las reglas de su plan de salud antes de necesitar atención médica. Esto puede ayudarle a evitar costos inesperados y mejor utilizar los servicios de su plan.



© Gone Wild/Photodisc/Getty Images

Elena comenta: “Cuando me inscribí en un plan de salud en mi nuevo empleo, obtuve un resumen de los beneficios y costos del plan. Me enteré que no había cargo para las vacunas de mis hijos. Los cargos para la atención en el hospital eran complejos. Así que llamé a mi plan y pedí que me los explicaran”.

Preguntas y Respuestas

Tuve una cirugía que mi HMO cubrió. Después, recibí un cobro de una doctora del hospital.

¿Tengo que pagarlo?

Llame a su plan de salud. Probablemente la doctora le está cobrando la diferencia entre lo que su plan de salud paga y lo que ella generalmente cobra. A esto se le llama cobro de saldo. Si este es el motivo del cobro, usted no tiene que pagarlo. Vea las páginas 48–49.

¿Dónde puedo obtener información sobre atención médica de bajo costo o gratuita?

California ofrece varios programas de salud de bajo costo o gratuitos. Vea la lista de recursos a la izquierda, y vea las páginas 14–15.

Mi empleador me ofrece un plan con un deducible alto y con primas más bajas. ¿Me ahorrará éste dinero?

Depende de sus necesidades de atención médica. Estudie los costos detenidamente. Estos planes tienen un deducible de por lo menos \$1,050 para una persona y \$2,100 para una familia. Para obtener más información, visite www.dnhc.ca.gov.

Recursos

My Health Resource

(Mis recursos médicos)

www.myhealthresource.org

Recursos de cuidados médicos, para personas sin seguro.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Información sobre costos y cuotas. Busque la sección “Puntos Básicos de su Plan de Salud” bajo el título de “Cómo Utilizar su Plan de Salud”.

Uninsured Help Line

(Ayuda para personas sin seguros médicos)

1-800-234-1317 

www.coverageforall.org

Ayuda para encontrar atención médica de bajo costo y gratis.

Los distintos tipos de costos

Usted puede imprimir las planillas, "Los costos de mi HMO" y "Los costos de mi PPO" en www.opa.ca.gov.

Costos	¿Qué es?
Prima	<p>Cantidad que un plan cobra cada mes para su cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Generalmente usted y su empleador pagan una parte cada uno. ● Si usted tiene un plan de Medicare, el gobierno paga una parte o la totalidad de la prima.
Copago o coseguro	<p>Lo que usted paga cada vez que consulta a un doctor, surte una receta u obtiene otros servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Un copago es una cuota fija, como \$20 por una cita con un doctor. La mayoría de las HMOs tienen copagos. ● Un coseguro es un porcentaje del costo, cerca del 20%. Muchas PPOs tienen coseguros.
Deducible anual	<p>La cantidad que usted tiene que pagar cada año, antes de que su plan cubra algo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Puede haber un deducible aparte para medicamentos recetados. ● No todos los planes tienen un deducible anual.
Pago por costo máximo al año	<p>La cantidad máxima que usted debe pagar en un año. Una vez que usted alcance esta suma, no pagará más por la mayoría de los servicios.</p>
Costos fuera de la red	<p>La cantidad que usted paga si consulta a un doctor u otro proveedor que no está en la red de su plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Las HMOs no pagan ninguna parte de los costos por servicios fuera de la red, a menos que usted tenga una autorización previa del plan, tenga una emergencia o necesite cuidado urgente cuando esté viajando. ● Las PPOs pagan lo que se llama una "tarifa usual". Si el proveedor cobra más, usted tiene que pagar la diferencia.

Consejos

► Si recibe un cobro

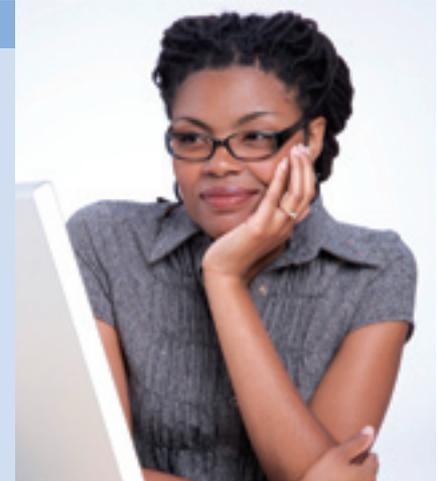
Los cobros, o los documentos que parecen cobros, pueden confundirlo. Trate de llamar a su plan y pedir una explicación antes de hacer cualquier pago.

- Por lo general, en una HMO usted no recibirá cobros, a menos de que tenga un deducible anual, no haya hecho su co-pago, o haya utilizado algún proveedor fuera de la red.
- En una PPO, puede ser que usted reciba un cobro por el deducible anual o por su co-seguro. Si consulta a proveedores fuera de su red puede ser que reciba un cobro por cargos adicionales.
- Si su plan le indica que tiene que pagar un cobro y usted no está de acuerdo, puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.
- Si se le ha cobrado por el cuidado de emergencia, vea las páginas 52–53.
- Si recibe una carta que dice, "Esto no es un cobro" o "This is not a bill", usted no tendrá que pagarlo.
- Para obtener más información sobre costos y cuotas, visite www.opa.ca.gov. Busque la sección "Puntos Básicos de su Plan de Salud" bajo el título "Cómo Utilizar su Plan de Salud".

Al comparar planes

Si usted tiene que elegir un plan, compare la calidad, los costos y los beneficios. Asegúrese de que el plan cubra los beneficios que usted necesita. Fíjese si los doctores que usted prefiere forman parte de la red. Investigue qué opinan otras personas de cada plan.

Marion necesita inscribirse en un plan de salud en el trabajo. “Revisé la lista de beneficios y costos de cada plan. Les pregunté a algunos de mis compañeros de trabajo qué plan preferían. ¿Qué es importante para mí? Quiero un doctor que esté cerca de casa y quiero cobertura para medicamentos recetados”.



© Jack Hollingsworth/Photodisc/Getty Images

Preguntas y Respuestas

Planeamos tener un bebé pronto. ¿Qué preguntas debemos hacer sobre un plan de salud?

Pregunte sobre la atención durante el embarazo y los cuidados de rutina para bebés. Averigüe cuáles son los costos y qué hospitales están en la red del plan. Pregunte cuánto costaría asegurar a su nuevo bebé.

¿Varía la calidad de la atención dependiendo del plan?

Sí. Usted puede ver hasta qué grado cumplen los planes con las normas de atención nacionales y la manera en la que clientes califican para el plan. Puede consultar el Reporte de Calidad en www.opa.ca.gov o solicitar el reporte al **1-888-466-2219**.

Recursos

Contacte el plan de salud

Vea la página 54.

E-Health Insurance (Sequo E-Health)

www.ehealthinsurance.com

Compare costos y beneficios de planes de salud individuales.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Compare la calidad de los planes de salud de California. Imprima estas planillas:

- Pregunte sobre los beneficios
- Compare los costos de las HMOs
- Compare los costos de las PPOs

► Compare beneficios

Todos los planes deben ofrecer beneficios básicos, como consultas con doctores y hospitalización. Vea una lista de beneficios básicos en la página 29.

- Compare los beneficios para los servicios que probablemente necesitará.
- Compare los beneficios de medicamentos recetados.
- Compare los diversos beneficios que ofrece cada plan, como la atención de salud mental para enfermedades menores. Vea las páginas 44–45.

► Compare costos

Obtenga un resumen de los costos y beneficios de cada plan que usted esté considerando. Pídaselo a la oficina de recursos humanos de su empleador o llame a cada plan. Vea la página 54.

- El coseguro que paga en una PPO puede ser mucho más alto que el copago en una HMO. Vea la página 7.
- Si usted sale de la red de una PPO, generalmente pagará más.
- Consulte los costos de cuidado hospitalario. Pueden ser altos.
- Pregunte sobre los deducibles.

► Compare proveedores

Llame al plan y pregunte:

- Si el proveedor de su preferencia está en la red.
- Si el doctor de su preferencia acepta nuevos pacientes.
- ¿Cuáles hospitales puede utilizar?
- ¿Cómo obtener citas por la noche o durante el fin de semana?
- ¿Cuáles grupos médicos están en la red?
- ¿Si debe consultar a los proveedores dentro del grupo médico de su doctor familiar?
- ¿Cómo consultar proveedores que no están en la red?
- ¿Cuáles servicios de interpretación y traducción se ofrecen? Vea las páginas 24–25.

¿Qué es importante para mí?

Si usted tuviera que elegir entre distintos planes, podría serle útil pensar en sus propias prioridades. Marque qué es más importante para usted y sus dependientes. Para ayudarle a comparar planes, imprima las planillas: “Pregunte sobre sus beneficios”, “Compare los costos de las HMOs” y “Compare los costos de las PPOs” en www.opa.ca.gov.

- Una prima mensual baja.
- Costos bajos al consultar a un doctor, obtener medicamentos o recibir atención médica en un hospital.
- La atención médica para mis hijos.
- Beneficios de medicamentos recetados.
- Conservar mi doctor actual.
- Utilizar un hospital en particular.
- Poder consultar a cualquier doctor de mi preferencia.
- La calidad de la atención médica para mi problema.
- Servicios en mi idioma.
- Cuidado de salud mental.
- Servicios por la noche o durante el fin de semana.
- Otras cosas:

Obtener un plan de su empleo

Al plan de salud que usted obtiene a través de su empleo se le llama plan colectivo o de grupo. Un plan colectivo no puede rechazarlo si usted tiene un problema médico o lo tuvo en el pasado. Además, si su plan colectivo termina, existen leyes que protegen su derecho a mantener su cobertura médica.



© Jules Frazier Photography/UpperCut Images/Getty Images

Matt tiene un plan colectivo a través de su empleo. “Inscribí a mi esposa y a mi hijo a mi plan. Tengo que pagar una prima más alta, pero me cuesta menos que comprar un plan individual para ellas. Y el plan colectivo no puede rechazar a mi hijo por tener asma”.

Preguntas y Respuestas

Hace 2 años me diagnosticaron un problema cardiaco. ¿Puede un plan colectivo rechazarme por eso?

No. Un plan colectivo no puede rechazarle debido a una condición preexistente. En algunos casos, el plan podría no pagar por la atención de este trastorno hasta por un máximo de 6 meses. Sin embargo, si usted estuvo inscrito en un plan colectivo durante 6 meses o más y éste finalizó hace menos de 60 días, no debe haber ninguna demora.

Perdí mi empleo, ¿qué puedo hacer para mantener mi cobertura médica?

Pregunte a su empleador sobre COBRA. Obtenga una forma de COBRA e inscribese antes de la fecha límite. Para obtener más información, vea la siguiente página. O visite www.dmhc.ca.gov.

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219 

www.dmhc.ca.gov 

Ayuda con problemas e información sobre COBRA/Cal-COBRA.

Health Insurance Info

www.healthinsuranceinfo.net

Una guía sobre sus derechos en los planes colectivos en California.

U. S. Department of Labor

(Departamento del Trabajo)

1-866-444-3272 

www.dol.gov/ebsa/faqs

Información sobre COBRA.

► Cómo inscribirse en un plan colectivo

- Por lo general, usted puede inscribirse en el plan de su empleador al iniciar un nuevo trabajo.
- Es posible que haya un periodo corto de espera—3 meses o menos—antes de que comience su nuevo plan.
- Usted también puede inscribirse en un plan o cambiarse de plan durante el periodo de inscripción abierta de su empleador. Esto sucede una vez al año.
- Por lo general, usted puede incluir en su plan de salud a su esposo, esposa o pareja y a sus hijos solteros menores de edad. Usted podría pagar una prima más alta por su cobertura.
- Si se casa, tiene un bebé o adopta a un niño, usted deberá inscribir al nuevo miembro de su familia a su plan dentro de un plazo de 30 días. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el periodo de inscripción abierta.

► Cómo mantener un plan colectivo a través de COBRA

- Si su plan colectivo termina, por lo general usted puede mantenerlo hasta un máximo de 36 meses a través de COBRA y Cal-COBRA. COBRA es una ley federal. Cal-COBRA es una ley estatal que amplía a COBRA.
- Usted tiene que pagar todas las primas mensuales.
- Generalmente, usted tiene que inscribirse en COBRA y pagar la primera prima en un plazo de 60 días después de que termine su plan. Pregunte a su empleador. Si deja pasar la fecha límite, usted pierde su derecho a obtener COBRA y Cal-COBRA.
- Sus dependientes pueden mantener su plan colectivo a través de COBRA y Cal-COBRA si ya no cumplen con los requisitos como dependientes, si usted se muere, se divorcia o empieza a recibir Medicare.
- Cuando COBRA y Cal-COBRA terminan, es posible que usted cumpla con los requisitos para obtener un plan individual. Vea la página 13.



© Red Chopsticks/Getty Images

Emma fue despedida de su trabajo. Ella mantuvo su plan a través de COBRA hasta que encontró un nuevo empleo. Emma tuvo que pagar la prima mensual. La cual era alta, pero si hubiera tenido algún problema médico y no hubiera tenido el seguro médico, podría haber perdido todos sus ahorros.

Evite una interrupción en su cobertura

- Una interrupción en la cobertura es un periodo en el que usted no tiene un plan de salud.
- Si tiene una interrupción de más de 60 días después de que su plan colectivo termina, usted perderá su derecho a obtener COBRA y Cal-COBRA. Además, le será más difícil obtener un plan individual.
- Cuando su plan colectivo termine, usted debe obtener una Carta de Cobertura Acreditable del plan. En ella se indica el periodo en que usted estuvo cubierto. Consérvela. Podrá usarla para comprobar que ha tenido cobertura sin interrupción.

Al comprar un plan por sí mismo

Al plan de salud que usted compra por sí mismo se le llama ‘plan individual’. Éste generalmente cuesta más y le proporciona menos beneficios que un plan obtenido a través de un empleo (un plan colectivo). Además, un plan individual puede rechazarlo o cobrarle más si usted tiene un problema médico o si lo tuvo en el pasado.

Brenda tenía que comprar un plan de salud individual cuando empezó a trabajar por sí misma. “Hice solicitudes a varios planes, pero tengo un problema pre-existente: migrañas. Sólo un plan me aceptó a mí y a mi hija”.



© S. Wanke/PhotoLink/Photodisc/Getty Images

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219 

www.dmhc.ca.gov 

Ayuda con problemas e información sobre sus derechos.

Health Insurance Info

www.healthinsuranceinfo.net

Una guía sobre sus derechos en los planes individuales en California.

MRMIP

(Programa de seguro médico de alto riesgo)

1-800-289-6574 

www.mrmib.ca.gov

Programa de seguro para las personas a quienes los planes individuales rechazan debido a una condición pre-existente. Este programa es administrado por Blue Cross.

U. S. Department of Labor

(Departamento del Trabajo)

1-866-444-3272 

www.dol.gov/ebsa/faqs

Información sobre HIPAA.

Preguntas y Respuestas

¿Es difícil obtener un plan individual?

Sí, puede ser difícil. Las compañías de seguros rechazan a muchas personas por tener problemas médicos actuales o pasados. Antes de salirse de un plan, espere a que un nuevo plan le acepte y comience su nueva cobertura.

Tengo un plan individual. Mi seguro me informa que cancelará mi cobertura. ¿Puede hacerlo?

Es posible que esta acción no sea legal. Llame a su plan de inmediato y pregunte las razones de la cancelación. Luego llame al **Centro de Ayuda HMO** al **1-888-466-2219** y explique el problema. Si usted no ha podido pagar sus primas a tiempo, pida al plan que le haga un plan de pago distinto. Algunos planes pueden ser flexibles.

Consejos

► Cómo solicitar un plan por sí mismo

- Cuando usted solicite un plan individual deberá llenar las formas de historia médica de usted y de cualquier dependiente que quiera cubrir.
- Pudiera ser que a base de su historia médica se le rechace o se le cobre más.
- Incluso si el plan acepta cubrirle, es posible que tenga que esperar hasta 12 meses para que el plan cubra la atención de una condición pre-existente.
- Si usted es rechazado por un plan individual debido a su historia médica, es posible que pueda obtener cobertura a través de un programa conocido como **MRMIP**. Llame al **1-800-289-6574** o visite **www.mrmib.ca.gov**. Este programa es administrado por Blue Cross.
- No cancele su plan anterior hasta que comience su nueva cobertura. Si un plan individual acepta cubrirle, éste le informará la fecha en que comenzará su nueva cobertura.

► Cómo obtener un plan individual cuando termine su plan colectivo

- Si su empleador deja de ofrecer el seguro médico, es posible que usted pueda comprar un plan de HIPAA o un plan de conversión. HIPAA es un programa federal. Los planes de conversión existen por ley del estado.
- Si usted agota su COBRA y su Cal-COBRA, es posible que pueda comprar un plan de HIPAA o un plan de conversión.
- No pueden rechazarlo a base de su historia médica.
- Usted deberá pagar la prima mensual.
- Por lo general, usted debe inscribirse y pagar la primera prima en un plazo de 60 días a partir de la terminación de su plan colectivo. Pregunte a su plan o a su empleador sobre las fechas límites.

Intermediación de seguros después de reclamos

A Tom se le canceló su seguro después de someterse a una cirugía de la espalda. El plan le indicó que debió haberles informado sobre el problema de la espalda en su solicitud. Cuando un plan hace esto se le conoce como "intermediación de seguros después de reclamos". Es posible que esto sea ilegal, a menos que Tom haya mentido deliberadamente en su solicitud. Si esto llegara a sucederle, llame al **Centro de Ayuda HMO al 1-888-466-2219**.



14 Planes de Medi-Cal

Medi-Cal es un seguro de salud para personas de bajos ingresos. Muchas personas que tienen Medi-Cal están inscritas en un plan de salud de Medi-Cal, un tipo de HMO. Con este plan usted obtiene los mismos beneficios que obtiene con el plan Medi-Cal Regular. También recibe ayuda para buscar los doctores y la asistencia en español que necesite. Usted tiene que consultar a doctores y otros proveedores que pertenezcan a su plan.



© Todd Pearson/Digital Vision/Getty Images

Dora tiene Medi-Cal para ella y sus hijos. “Utilizamos la misma clínica para la mayor parte de nuestros cuidados médicos. La clínica nos da referencias para consultar a otros proveedores cuando necesitamos un especialista o hacernos algún análisis”.

Recursos

Preguntas y Respuestas

Health Care Options

1-800-430-3003 

Llame para cambiar su plan de Medi-Cal.

Healthy Families

1-800-880-5305 

www.healthyfamilies.ca.gov 

Seguro médico de bajo costo para niños que no califican para Medi-Cal.

Medi-Cal Managed Care Ombudsman

(Mediador de los planes de Medi-Cal)

1-888-452-8609 

Llame si tiene problemas que no puede resolver con su plan.

Medi-Cal Mental Health Care Ombudsman

(Mediador de cuidado de salud mental Medi-Cal)

1-800-896-4042 

Llame para obtener ayuda con los servicios de salud mental de Medi-Cal.

¿Puedo seguir con el mismo doctor y especialista si me inscribo en un plan de salud de Medi-Cal?

Usted solamente puede continuar con el mismo doctor o especialista si ellos están en la red de su plan.

¿Puedo obtener servicios en español?

Los planes de salud de Medi-Cal tienen que proporcionar asistencia en su idioma. Éstos tienen que pagar intérpretes o encontrar doctores que hablen su idioma. También tienen que proporcionarle formas y otros materiales escritos en español.

¿Puedo recibir cuidado de salud mental?

Sí. Su doctor puede proporcionarle alguna atención. Si usted tiene un problema de salud mental grave, su doctor deberá referirlo a la Agencia de Salud Mental de su condado. Si usted tiene problemas para obtener atención, llame al mediador de cuidado de salud mental Medi-Cal (**Medi-Cal Mental Health Care Ombudsman**) al **1-800-896-4042**.



© Lei-Chun Fung

La mamá de Mary lleva a su hija al doctor para exámenes rutinarios. Este tipo de consulta se llama “de prevención infantil”. El doctor actualiza las vacunas de Mary, comprueba su estatura y peso, y le hace un examen médico, sin ningún costo.

▶ Como calificar para Medi-Cal

- Usted debe tener ingresos bajos y pocos bienes.
- Sus hijos podrían calificar aunque usted no.
- Si está embarazada, usted puede solicitar Medi-Cal de emergencia y obtener servicios de inmediato.
- Para solicitar Medi-Cal, acuda a la oficina de Servicios Sociales de su condado.

▶ Cómo obtener ayuda con su plan de salud de Medi-Cal

- Si usted tiene algún problema para recibir la atención que necesita, primero pida a su doctor que le ayude. Si eso no funciona, llame a su plan de salud. Vea las páginas 48–51.
- Además, usted puede llamar al mediador de los planes de Medi-Cal (**Medi-Cal Managed Care Ombudsman**) al **1-888-452-8609**.
- O puede llamar al **Centro de Ayuda HMO** al **1-888-466-2219**. Vea las páginas 52–53.

▶ Para cambiar su plan de salud de Medi-Cal

- Usted puede cambiar de planes en cualquier momento del año si su condado ofrece más de un plan de salud de Medi-Cal.
- Usted debe continuar acudiendo a los doctores que consulta actualmente hasta que reciba la tarjeta de membresía de su nuevo plan.
- Para cambiar de planes, llame a **Health Care Options** al **1-800-430-3003**.

▶ Si usted tiene Medi-Cal Regular

- Si ya tiene Medi-Cal Regular, usted puede inscribirse en un plan de salud de Medi-Cal. Usted puede regresar al Medi-Cal Regular en cualquier momento del año.
- Averigüe si los planes Medi-Cal de su condado ofrecen los servicios que necesita. Para obtener más información, llame a **Health Care Options** al **1-800-430-3003**.

Planes de Medicare Advantage

La mayoría de las personas mayores tiene Medicare. Algunas personas más jóvenes con discapacidades también tienen Medicare. Muchas personas obtienen su Medicare a través de una HMO o una PPO de Medicare. Éstos son planes de salud privados. Medicare paga una cuota mensual al plan para que le dé cuidado médico.

La señora Matsamoto está pensando en inscribirse en una HMO de Medicare. “Llamé al programa de HICAP y me reuní con una consejera. Ella me explicó cómo funcionan las HMOs y me dio una lista de todos los planes que hay en mi área”.

HICAP (Health Insurance Counseling & Advocacy Program) brinda ayuda y consejos gratuitos a los personas que tienen Medicare.



© Steve Mason/Photodisc/Getty Images

Recursos

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227 

www.medicare.gov 

Información y ayuda para las personas con Medicare.

HICAP (Programa de consejería y defensa sobre su Medicare)

1-800-434-0222 

www.calmedicare.org

Ayuda para las personas con Medicare.

Lumetra

1-800-841-1602 

www.lumetra.com

Llame si su atención en el hospital, en el hogar, en un centro de convalecencia o de rehabilitación está terminando demasiado pronto.

Preguntas y Respuestas

Si me inscribo en un plan de Medicare, ¿tendré los mismos beneficios que tendría en el Medicare sencillo?

Sí. Además, muchos planes incluyen cobertura para medicamentos. Además, usted podría tener beneficios adicionales, tales como exámenes del oído, dentales o de la vista.

Mis ingresos son bajos. ¿Puedo obtener ayuda para pagar el Medicare?

Tal vez usted sea elegible para recibir ambos Medicare y Medi-Cal. Medi-Cal puede ayudarle a pagar parte de sus costos. Además, Medi-Cal cubre atención de largo plazo. Para obtener más información sobre Medi-Cal y otros programas disponibles para personas de bajos ingresos y que tienen Medicare, llame a **HICAP al 1-800-434-0222.**

► Partes A y B de Medicare

Para inscribirse en un plan de Medicare, usted tiene que tener las Partes A y B. La Parte A de Medicare cubre el cuidado en el hospital y por lo general es gratuita para las personas que reciben asistencia del Seguro Social. La Parte B cubre otros servicios, como atención de un doctor y pruebas de laboratorio. Usted paga una prima mensual por la Parte B. Ésta se descuenta de su cheque del Seguro Social.

► Parte D de Medicare: cobertura para medicamentos recetados

- Si tiene un plan de Medicare, usted tiene que obtener la cobertura para medicamentos (Parte D) a través de su plan.
- Antes de comprar cobertura para medicamentos, pregunte sobre los costos. Podrían ser complicados.

► Cómo inscribirse, cambiarse o salirse de un plan de Medicare

- Antes de hacer algún cambio, llame a **HICAP** al **1-800-434-0222**.
- Cuando obtiene Medicare, usted puede inscribirse en un plan. Después, usted puede inscribirse, cambiarse o salirse del plan:
 - Entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año.
 - Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año. Sin embargo, en este periodo usted no puede agregar ni eliminar la cobertura para medicamentos de la Parte D.
 - Si su plan termina, usted se muda fuera de su área o en algunos otros casos.
- Para regresar al Medicare sencillo, llame al **1-800-MEDICARE**. Pregunte cómo puede comprar una póliza de Medigap y un plan de medicamentos de la Parte D. Una póliza de Medigap le ayuda a pagar los costos y los servicios que no cubre el Medicare. No se salga de su plan antiguo hasta que comience su nueva cobertura. Medicare sencillo también es conocido como Medicare original o Medicare tradicional.

Si usted tiene algún problema con Medicare

- Primero, intente hablar con su doctor.
- Si su plan niega, demora o detiene el tratamiento, presente una apelación ante su plan. Su plan tiene que responder en un plazo de 7 días o en 3 días si usted presenta una apelación urgente o expedita.
- Para obtener ayuda, llame a **HICAP** al **1-800-434-0222**.
- Si su atención en el hospital, en su hogar, o en un centro de convalecencia o de rehabilitación terminara demasiado pronto, llame a **Lumetra** al **1-800-841-1602**.
- Si su plan no cubre un medicamento que necesita, usted o su doctor pueden llamar a su plan y pedir que cubra el medicamento. Si su doctor solicita una evaluación expedita, el plan tendrá que responder en un plazo de 24 horas. En otros casos, el plan tendrá un plazo de 72 horas para responder.

Su doctor familiar

En la mayoría de los planes de salud, usted debe tener un doctor familiar o doctor de atención primaria. Su doctor familiar supervisa su atención y lo refiere a los demás servicios que pueda necesitar.



© Digital Vision/Getty Images

Cuando **Walter** cambió de HMO, necesitaba elegir a un nuevo doctor. “Pedí a mi plan una lista de doctores y llamé a varios. Buscaba uno con experiencia en la atención de mi problema cardiaco. Hice una cita. La doctora me escuchó y me explicaba las cosas de manera que pudiera entender claramente. Por eso me quedé con ella”.

Preguntas y Respuestas

¿Necesito elegir a un doctor?

Normalmente, sí. Si usted no elige a un doctor, generalmente su plan de salud elegirá a uno por usted.

¿Puedo cambiar de doctor?

Sí. Simplemente llame a su plan.

¿Qué es un grupo médico?

Es un grupo de doctores de atención primaria, especialistas y otros proveedores. En algunos planes usted sólo puede acudir a los proveedores que pertenecen a su grupo médico.

¿Quiénes pueden ser doctores familiares o de atención primaria?

Hay cuatro clases de doctores de atención primaria:

- Doctores de medicina familiar que atienden a personas de todas las edades.
- Doctores de medicina interna que atienden a adultos de 18 años y mayores.
- Pediatras que atienden a niños y adolescentes.
- Ginecólogos que atienden a las mujeres.

Recursos

Directorio de proveedores

Pídale a su plan un directorio de proveedores, o busque en el sitio web de su plan. Vea la página 54.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Imprima las planillas:

- Cómo elegir a un doctor
- Aproveche al máximo sus visitas al doctor

Consejos

► Cómo elegir a un doctor

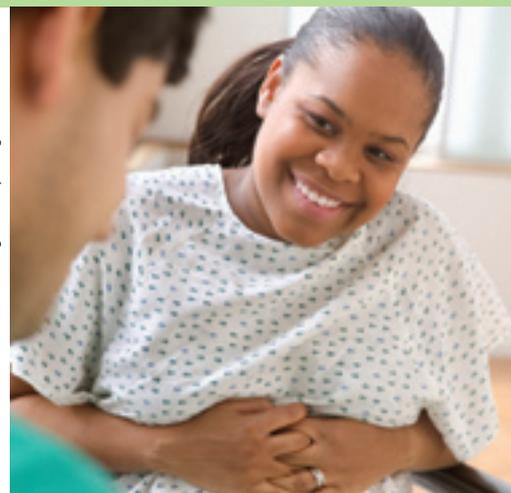
Para obtener una lista de doctores, llame a su plan de salud. Usted puede pedir una lista de doctores que hablen su idioma. Antes de elegir a un doctor, pregunte:

- ¿Está el doctor aceptando nuevos pacientes?
- ¿Cuál es la capacitación médica del doctor?
- ¿Tiene el doctor experiencia con mis problemas o inquietudes?
- ¿Qué hospital usa el doctor?
- ¿Cuánto tiempo toma normalmente conseguir una cita?
- ¿Puedo conseguir citas por la noche o durante el fin de semana?

Usted puede imprimir una planilla, “Cómo elegir a un doctor” en www.opa.ca.gov.

Mantener al doctor que tiene ahora

Si cambia de planes o si su doctor deja de trabajar con su plan, en algunos casos usted puede mantener a su doctor por un tiempo limitado. Por ejemplo, si tiene programada una cirugía o una intervención, si tiene un problema agudo o si se encuentra en los últimos 3 meses de embarazo. Esto se conoce como continuidad de la atención. Llame a su plan para obtener más información.



© Jose Luis Pelaez, Inc./Blend Images/Getty Images

Aproveche al máximo sus visitas al doctor

La mayoría de las consultas son cortas. Aproveche cada minuto. También puede imprimir una planilla “Aproveche al máximo sus visitas al doctor” en www.opa.ca.gov.

Cosas que debo llevar cuando vaya al doctor:

- Mi tarjeta de membresía de mi plan de salud y una identificación con fotografía.
- Una lista de mis preguntas e inquietudes.
- Una lista de mis medicinas y dosis.
- Alguien que me ayude a escuchar, hacer preguntas y tomar notas.
- Otra cosa:

Durante mi cita:

- Repasar preguntas e inquietudes con mi doctor.
- Pedir a mi doctor que anote mis tratamientos o diagnósticos.
- Preguntar acerca de vacunas, pruebas de rutina y pruebas de detección a las que debería someterme.
- Repasar mis medicinas.
- Obtener copias de los resultados de mis pruebas.
- Otra cosa:

Atención de seguimiento que necesito:

- Documentos necesarios para que me realicen pruebas.
- Nuevas recetas médicas.
- Nombres y números de teléfono de referencias a otros servicios.
- Citas de seguimiento.
- Otra cosa:

Referencias y autorizaciones previas

Cuando requiere la atención de un especialista u otro proveedor de su HMO, por lo general su doctor familiar tiene que darle una referencia. Con frecuencia, su plan de salud o el grupo médico de su doctor tiene que autorizar previamente esta referencia. Si usted pertenece a una PPO, no necesita autorización previa para consultar a especialistas y otros proveedores.

Susanne sufrió de dolor de pies durante años. Empeoró tanto que no podía ni caminar unas cuantas cuerdas sin que le dolieran los pies. “Finalmente mi doctor logró que mi plan de salud autorizara una referencia para consultar a un podólogo. Acudí a la consulta y el tratamiento ha cambiado mi vida por completo”.



© Don Tremain/Photodisc/Getty Images

Preguntas y Respuestas

¿Necesito una referencia si estoy gravemente enfermo y quiero ver a un especialista?

Si no está en peligro inmediato, usted necesita una referencia y una autorización previa para consultar a un especialista. Pida a su doctor familiar una referencia expedita. Su plan de salud deberá tomar una decisión en un plazo de 3 días.

¿Es siempre necesario tener una referencia?

No. Las mujeres pueden consultar a un ginecólogo de la red del plan sin tener que obtener una referencia. Si una mujer está embarazada, puede consultar a un obstetra sin referencia. Pregunte a su doctor o su plan sobre otros especialistas que usted puede visitar sin referencia.

¿Cómo sé si necesito autorización previa?

Pregunte a su doctor o llame a su plan. En general, la mayoría de las referencias tienen que ser autorizadas previamente, pero cada plan tiene sus propias reglas.

Recursos

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

► Información sobre las referencias

- Generalmente, usted necesita una referencia para consultar a un especialista o a otro proveedor, por ejemplo a un fisioterapeuta.
- Usted también necesita una referencia para realizarse la mayoría de las pruebas médicas.
- Su doctor de atención primaria le dará la referencia.
- Su doctor le dará la referencia o la enviará por fax al especialista.

► Información sobre las autorizaciones previas

- Usted normalmente necesita autorización previa para consultar a un especialista o a otro proveedor.
- Su grupo médico o su plan de salud autoriza previamente la referencia.
- Su doctor deberá someter la referencia para la autorización previa. El doctor debe indicar la razón por la que usted necesita atención, desde un punto de vista médico.
- Tarda cerca de 5 días hábiles obtener la autorización previa, o 3 días si su problema es urgente.
- Usted recibirá una carta indicando si su autorización previa fue aprobada o negada.
- A veces, su doctor tendrá que enviar más información antes de que usted reciba la decisión de su plan.

► Si le negaran una referencia

- Primero, hable con su doctor. Posiblemente él pueda enviar más información para demostrar la razón por la que usted necesita la referencia.
- Usted puede presentar una queja ante su plan. Vea las páginas 50–51.
- Si su plan le indica que usted no necesita la referencia porque no es médicamente necesario, es posible que usted puede obtener una Evaluación Médica Independiente. Su caso será evaluado por doctores independientes, y su plan tendrá que seguir lo que ellos decidan. Vea la página 53.



© Monica Rodriguez/Digital Vision/Getty Images

Referencias continuas

Bill necesitaba cuidado continuo de un fisioterapeuta. Pidió una referencia continua. Una referencia continua le permite consultar a un especialista sin tener que obtener cada vez una referencia por parte de su doctor familiar. Generalmente, su grupo médico o su plan de salud deberán aprobar una referencia continua.

Al elegir tratamiento

La mayoría de los tratamientos tienen tanto beneficios como riesgos. Para hacer la mejor elección, haga preguntas. Infórmese sobre su problema y sobre los tratamientos, y después colabore con su doctor para decidir un plan de tratamiento.



© Mel Curtis/Digital Vision/Getty Images

Cuando los doctores descubrieron un pequeño aneurisma en el cerebro de **Joanne**, ella tuvo que decidir qué se iba hacer. Su doctor habló con ella sobre sus opciones de tratamiento. Ella investigó las opciones y tomó una decisión. “Todos los tratamientos tenían tanto beneficios como riesgos. Pero involucrarme de manera activa me ayudó a sentirme satisfecha con mi decisión”.

Preguntas y Respuestas

El especialista que consulté recomienda quimioterapia para mi cáncer. ¿Puedo obtener una segunda opinión?

Sí. Usted tiene derecho a obtener una segunda opinión sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Pida a su doctor una referencia.

¿Qué ocurrirá si mi plan de salud indica que no pagará el tratamiento que mi doctor recomienda?

Usted puede presentar una queja ante su plan de salud o ante el estado. Vea las páginas 50–51. Si su problema de salud es urgente, vea las páginas 52–53.

¿Qué son los experimentos clínicos?

Son estudios médicos que prueban la eficacia y la seguridad de nuevos medicamentos y otros tratamientos. Si forma parte de un estudio, usted puede recibir un tratamiento nuevo que de otro modo no podría recibir. Pregunte a su doctor sobre los experimentos clínicos. Visite www.clinicaltrials.gov.

Recursos

Clinical Trials

(Experimentos clínicos)

www.clinicaltrials.gov

Información sobre experimentos clínicos.

Healthfinder

www.healthfinder.gov 

Información sobre diversos temas de salud.

Medline Plus

1-888-346-3656

www.medlineplus.gov/spanish/ 

Información sobre los tratamientos.

National Cancer Institute

(Instituto nacional del cáncer)

1-800-422-6237 

www.cancer.gov/espanol 

Información sobre los tratamientos para el cáncer.

Consejos

► Antes de aceptar el tratamiento

- Normalmente tiene que firmar una forma de consentimiento. Esta forma declara que usted acepta recibir el tratamiento.
- Antes de firmar, asegúrese de que comprende lo que se va a hacer y el motivo de ello.
- Puede pedir la forma en su idioma o en letra grande, en audio o en el idioma Braille.
- Tómese su tiempo para tomar una decisión. Trate de no tomar decisiones importantes cuando esté tenso o somnoliento.
- Si no está seguro, obtenga una segunda opinión. Pida a su doctor una referencia para consultar a otro especialista.
- Usted tiene derecho a negarse a someterse a tratamiento.

Preguntas que le puede hacer a su doctor

- ¿Cuáles son todos los tratamientos posibles?
- ¿Cuáles tratamientos son los que probablemente me ayuden más?
- ¿Cuáles tratamientos son los que probablemente me ayuden menos?
- ¿Cómo sabré si un tratamiento está surtiendo efecto?
- ¿Cuáles son los riesgos y los beneficios de cada tratamiento?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de cada tratamiento?
¿Pueden ser tratados?
- ¿Cuánto tiempo demora cada tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo demora la recuperación de cada tratamiento?
- ¿Cuánto me costará cada tratamiento?

Obtenga más información sobre los tratamientos

- Visite su biblioteca local o la biblioteca de una facultad de medicina u hospital.
- Pida a su doctor folletos o información sobre su tratamiento.
- Busque en el Internet. Algunos sitios buenos para empezar son www.healthfinder.gov y www.medlineplus.gov/spanish/.

Servicios en su idioma

Si su primer idioma no es el inglés, su plan de salud deberá proporcionarle asistencia en su idioma. Usted tiene derecho a recibir asistencia cuando tenga que explicar algún problema médico a su doctor; también cuando necesite entender su problema médico, sus opciones de tratamiento e información escrita.

Loretta solicitó a su plan de salud, farmacia y doctores de su familia que tomaran en cuenta que ellos necesitan asistencia en su idioma. “De esta manera, cuando voy a la farmacia siempre me dan las instrucciones escritas en español. Hablo un poco de inglés, pero cuando se trata de la salud de mi familia, me siento más cómoda hablando español”.



© Yellow Dog Productions/Digital Vision/Getty Images

Preguntas y Respuestas

¿Qué pasa si mi doctor no me proporciona un intérprete?

Usted debe llamar a su plan de salud y explicar el problema. Si no lo resuelven, puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.

¿Tengo derecho a asistencia en mi idioma?

Si usted tiene Medi-Cal o Medicare, su plan debe proporcionarle asistencia en su idioma. Una nueva ley en California exige que antes de 2009 todos los planes de salud proporcionen servicios de interpretación.

¿Puedo pedirle a mi hija adulta que me sirva de intérprete?

Sí puede, pero no es necesario. Los familiares y amigos no tienen capacitación para traducir información y términos médicos. Además, es posible que usted no desee que ellos escuchen sus preguntas o problemas médicos.

Recursos

Health Consumer Alliance

(Alianza del consumidor de salud)

www.healthconsumer.org 

Hojas informativas sobre la atención médica a bajo costo, en muchos idiomas. Haga clic en “Publications”.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Compare la calidad de los servicios de idiomas de las HMOs.

Consejos



© Kathy Sloane

Jason es sordo y habla con señas. Le pidió a su doctor que hiciera los arreglos para tener un intérprete de idioma de señas en sus consultas.

► Pregunte cuáles servicios de idiomas ofrece su plan

- Llame a su plan. El número telefónico está en su tarjeta de membresía. Pregunte qué servicios de idiomas proporciona. Algunos planes tienen varios servicios.
- Compare los servicios de idiomas que ofrecen los planes de salud en California. Visite www.opa.ca.gov.
- Solicite a su plan una lista de doctores que hablen su idioma, o solicite un intérprete médico para sus citas.
- Para hacer sus citas o encontrar otros proveedores, pida ayuda del personal que hable su idioma.
- Pida documentos importantes en su idioma.

► Cómo usar un intérprete médico

- Al hacer una cita, diga que necesitará un intérprete para que la oficina tenga tiempo de conseguirlo.
- Si es posible, reúnanse con el intérprete antes de su cita.
- El intérprete puede estar presente en la oficina, a través de una pantalla o por teléfono.

Pida documentos importantes en su idioma

Documento	Ejemplos
Formas de consentimiento y otras formas que usted necesita firmar	Una forma de consentimiento explica un tratamiento o procedimiento (como una cirugía o una radiografía). Usted debe firmarla. Cada vez que usted necesite firmar una forma deberá pedirla en su idioma.
Instrucciones para recibir un tratamiento	Éstas indican cómo prepararse para una cirugía o cómo ayunar para un análisis de sangre.
Información sobre sus medicamentos	Información importante sobre cómo tomar los medicamentos, cuáles son sus efectos secundarios y qué alimentos o medicamentos necesita evitar.

Asistencia para personas con discapacidades

Si usted tiene una discapacidad, su plan de salud debe eliminar cualquier impedimento físico o de comunicación que le dificulte recibir la atención que necesite. Busque un doctor que entienda su discapacidad y que le ayude a obtener los servicios necesarios.



© Kathy Sloane

Janine usa una silla de ruedas. “Mi plan me ayudó a encontrar a un doctor qui tiene una mesa de exámenes que se ajusta para que yo pueda subir y bajar de ella”.

Recursos

AT Network (Red AT)

1-800-390-2699  1-800-900-0706 (TTY) 

www.atnet.org 

Información sobre el equipo y la tecnología para las personas con discapacidades.

California Foundation for Independent Living Centers (Fundación de California para los centros para la vida independiente)

1-916-325-1690  1-916-325-1695 (TTY) 

www.cfilc.org

Recursos para las personas con discapacidades. Haga clic en “Find an ILC”.

Disability Rights Advocates

www.dralegal.org/publications/know_your_rights.php 

Una guía sobre los derechos de atención médica de las personas con discapacidades.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Imprima las planillas:

- Asistencia de comunicación para personas con discapacidades
- Acceso físico para personas con discapacidades

Preguntas y Respuestas

Mi doctor me refirió a un especialista pero no puedo entrar a su oficina. ¿Qué puedo

hacer?

Su plan de salud tiene que encontrarle un doctor accesible a sus necesidades. Tiene que pagarle a este especialista, aun si no está en la red del plan. Llame a su plan y sea firme con lo que necesite.

¿Qué sucede si soy sordo?

Usted tiene derecho a un intérprete de idioma de señas. Pida uno cuando haga una cita. Trate de no depender de la lectura de labios. Aun las personas que pueden leer los labios pueden tener problemas con los términos médicos.

¿Qué sucede si no puedo obtener la atención que necesito?

Si su plan se niega a encontrar proveedores accesibles o a pagarles, usted puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.

► Conozca sus derechos

Si usted tiene una discapacidad la ley protege su derecho a:

- Equipo médico accesible en la oficina o clínica de un proveedor. Por ejemplo, usted tiene derecho a tener acceso a básculas, mesas de exámenes y equipo médico de diagnóstico, como aparatos para mamografías e imágenes por resonancia magnética o MRI.
- Hacer que se eliminen la mayoría de las barreras físicas que le dificultan el uso de sus servicios de atención médica.
- Tiempo adicional para las citas, si lo necesita.
- Información médica que puede usar, en caso de que sea sordo, ciego o tenga la vista deficiente.
- Llevar su perro guía a las salas de exámenes.

Cuando obtiene un seguro médico

- Si usted obtiene un plan a través de su empleo, el plan no puede negarse a cubrirle, ni cobrarle más.
- Si alguna vez tuvo un problema de salud podría serle difícil obtener un plan por sí mismo. Vea las páginas 12–13.
- Antes de inscribirse en un plan de salud pregunte las reglas para obtener equipo médico. Pregunte si hay límites sobre lo que el plan paga. Vea la página 33.

La asistencia que necesito

Marque todos los elementos que necesite si tiene una discapacidad que afecte la comunicación o el acceso físico. Indíquele estas necesidades por adelantado al doctor. Además, pida a su doctor que mantenga una copia en su expediente médico. También puede imprimir las planillas "Asistencia de comunicación para personas con discapacidades" y "Acceso físico para personas con discapacidades" en www.opa.ca.gov.

Ayuda para comunicarse

- Una persona de apoyo estará conmigo. Sin embargo, por favor hábleme directamente a mí.
- Por favor use términos "cotidianos" y haga pausas frecuentes.
- Por favor véame a la cara cuando me hable.
- Por favor hable en voz alta para que yo pueda oír lo que usted está diciendo.
- Por favor trate de explicar las cosas usando dibujos, modelos o demostraciones.
- Necesito tiempo adicional para responder y hacer preguntas.
- Tengo problemas para tomar notas, así que necesito grabar lo que usted me dice.
- Necesito un intérprete de idioma de señas.
- Necesito ayuda con las formas e instrucciones.

Acceso físico

- Necesito poder entrar a su edificio y a su oficina.
- Necesito una parada de autobuses o un estacionamiento accesible, y una ruta accesible hasta la oficina.
- Necesito un baño accesible.
- Necesito una mesa de exámenes con la altura ajustable.
- Necesito ayuda para subir y bajar de la mesa de exámenes.
- Utilizo un perro guía, así que por favor alerte a cualquier persona que pudiera ser alérgica a los perros o que les tenga miedo.
- Los siguientes productos me provocan reacciones que ponen en peligro mi vida o mi salud: _____

Sus beneficios

Todos las HMOs y algunas PPOs tienen que cubrir los beneficios básicos enumerados en la página siguiente. Pero podrían no cubrir otros beneficios, como medicamentos recetados. Es una buena idea solicitar un resumen de sus costos y beneficios de su plan. Este resumen también incluye las limitaciones a los beneficios.

Robert comenta: “Nuestro hijo necesitaba cirugía de la vista, así que pedimos a nuestro plan que nos enviara información sobre nuestra cobertura. El plan nos envió un resumen de los beneficios y los costos. También, nos envió un libro con información detallada, llamado Prueba de Cobertura”.



© SW Productions/Photodisc/Getty Images

Preguntas y Respuestas

Mi plan de salud cubre muchos beneficios. ¿Puedo realmente usarlos?

Sí. Usted puede usar cualquier beneficio que sea médicamente necesario. Si usted, su doctor o su plan no están de acuerdo con lo que usted necesita, vea las páginas 48–53.

Cambié de empleo. Aún tengo el mismo plan, pero mis beneficios y costos son distintos. ¿Qué sucede?

El mismo plan puede ofrecer diferentes paquetes de beneficios con distintos costos. Su paquete de beneficios incluye todos los beneficios que su plan cubre. Por ejemplo, podría ser que un paquete de beneficios incluya cobertura para medicamentos recetados, pero quizá otro no los cubra. Los copagos también pueden ser distintos.

Recursos

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Información sobre la calidad de los beneficios y servicios de las HMO.

Consejos

► Sus beneficios básicos

Todos los planes de salud tienen que cubrir los siguientes beneficios, pero el costo y el límite de los beneficios varían de un plan a otro.

- Consultas con doctores.
- Cuidado en un hospital incluyendo pasar la noche en el mismo, si fuera necesario (atención para pacientes internos).
- Servicios para pacientes que no requieren hospitalización, tales como cirugías menores.
- Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre, pruebas de embarazo y pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual.
- Servicios de diagnóstico, como radiografías y mamografías.
- Cuidado preventivo, como vacunas y exámenes rutinarios.
- Cuidado de salud mental para condiciones graves.
- Cuidados de emergencias y urgencia.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.
- Materiales para el cuidado de la diabetes en casa.
- Cuidado médico limitado en su hogar o en el centro de convalecencia, después de una estadía en el hospital.
- Cuidado de hospicio para personas que estén por morir.

► Beneficios opcionales

Algunos planes de salud también cubren estos beneficios:

- Medicamentos recetados
- Equipo médico, como sillas de ruedas y oxígeno
- Lentes
- Audífonos
- Cuidados dentales
- Tratamientos de infertilidad

Servicios a clientes

La mayoría de los planes ofrecen:

- Una línea directa de atención a clientes.
- Una línea directa de consejos de enfermería las 24 horas.
- Programas educativos sobre la salud.
- Ayuda en su idioma.

Compare la calidad de los beneficios y servicios

La Oficina del Defensor del Pacientes publica un Reporte de Calidad anual sobre los planes de salud y la calidad de la atención médica. Para obtener una copia, llame a **1-888-466-2919** o visite www.opa.ca.gov.

Este reporte puede serle útil para:

- Comparar los servicios que ofrecen los planes, como la atención a clientes y en otros idiomas.
- Conocer la calificación que clientes dan a sus planes.
- Comparar la calidad de la atención para la diabetes, el asma y otras condiciones.

Cuidados preventivos

Los cuidados preventivos incluyen exámenes y pruebas rutinarias que le ayudan a su doctor a prevenir problemas de salud o a detectarlos antes de que sean graves. Pida a su plan una lista de los cuidados preventivos recomendados y hable de ellos con su doctor.



© Tom Grill/Corbis

La mamá de **Rebecca** colabora con el doctor de su hija para prevenir problemas de salud a largo plazo. “Nuestra familia padece de diabetes y muchos de nosotros tenemos sobrepeso. Así que hablé con el doctor de Rebeca sobre lo que puedo hacer para reducir su riesgo. El doctor revisa su peso y me ha ayudado a elegir una buena dieta para ella”.

Recursos

AHRQ

1-800-358-9295 

www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm 

Información sobre prevención.

CDC Info

1-800-232-4636 

www.cdc.gov/spanish/ 

Información sobre inmunización.

Kids Health

(Salud de los niños)

www.kidshealth.org 

Información sobre la salud de los niños.

Lab Tests Online

www.labtestsonline.es/ 

Información sobre los análisis de laboratorio.

My Family Health Portrait

(Retrato de salud de mi familia)

www.dhhs.gov/familyhistory/spanish 

Organice e imprima el historial médico de su familia.

Preguntas y Respuestas

Mi plan de salud me envió los resultados de mis análisis de laboratorio, pero ¿cómo puedo entender lo que significan?

Llame a su doctor. Aprenda a interpretar correctamente los resultados de los análisis de laboratorio en www.labtestsonline.org.es/.

Tengo tan solo 28 años. ¿Realmente necesito exámenes y pruebas rutinarios?

Sí. Los adultos más jóvenes también necesitan hacerse exámenes y pruebas. Hable con su doctor sobre una lista de exámenes de cuidado preventivo.

Consejos

▶ Exámenes y pruebas rutinarios

- Los exámenes y pruebas que usted necesita dependen de su edad, sexo y historia médica familiar, además de su propia salud.
- Si usted corre el riesgo de contraer una enfermedad o condición, su doctor le recomendará que inicie pruebas de detección a una edad más temprana y con mayor frecuencia.
- Hable con su doctor y escojan un programa que funcione para usted.

▶ Su historia médica

Informe a su doctor acerca de:

- Enfermedades, tratamientos y operaciones que usted haya tenido.
- Todos los medicamentos, vitaminas, productos herbolarios y medicamentos sin receta que esté tomando.
- Su dieta habitual y la actividad física que desarrolla.
- Los problemas de salud que sus padres, hermanos o hermanas hayan tenido. Visite www.dhhs.gov/familyhistory/spanish para organizar e imprimir el historial médico de su familia.



Planillas sobre cuidados preventivos

Imprímalas en www.opa.ca.gov

- Atención prenatal
- El cuidado de los niños
- El cuidado de los hombres entre 18 y 34 años
- El cuidado de los hombres entre 35 y 50 años
- El cuidado de las mujeres entre 18 y 34 años
- El cuidado de las mujeres entre 35 y 50 años
- El cuidado de las personas mayores de 50 años
- Mi historial de salud

Cuidados preventivos: Temas comunes

Marque los temas que usted desea tratar con su doctor:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exámenes rutinarios | <input type="checkbox"/> Ayuda para dejar de tomar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones y vacunas | <input type="checkbox"/> Ayuda para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Ansiedad, estrés (tensión) o coraje |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Control de peso | <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación o disciplina con sus hijos |
| <input type="checkbox"/> Nivel de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación con su cónyuge o pareja |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de colesterol | <input type="checkbox"/> Falta de ejercicio | <input type="checkbox"/> Violencia familiar |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer | <input type="checkbox"/> Lesiones causadas por el ejercicio físico | <input type="checkbox"/> Otras cosas: |
| <input type="checkbox"/> Atención de la vista y pruebas de detección de glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Control de la natalidad | <input type="checkbox"/> Salud sexual | |

Medicamentos, materiales y equipo médico

Los medicamentos recetados y la mayor parte de los materiales y el equipo médico son beneficios opcionales de los planes de salud. Esto significa que algunos planes no los cubren. Sin embargo, tienen que cubrirse los materiales para la diabetes, así como los materiales para el asma infantil.

El papá de **Hanna** está enseñándole cómo medir su nivel de azúcar en la sangre. “Cuando se le diagnosticó diabetes a Hanna, descubrí que los planes de salud tienen que cubrir los materiales para la diabetes, como las tiras reactivas y los monitores de glucosa en la sangre. Y como nuestro plan cubre medicamentos recetados, también paga la insulina de Hanna”.



© Stockbyte/Getty Images

Recursos

FDA

(Administración de alimentos y fármacos)

1-888-463-6332 

www.fda.gov/oc/spanish/ 

Información sobre los medicamentos.

Pharmacy Checker

(Comparación de farmacias)

www.pharmacychecker.com/default_sp.asp 

Compare los precios de los medicamentos.

Preguntas y Respuestas

¿Por qué mi plan de salud me da medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca. Cuando la patente de un nuevo medicamento termina, otras compañías pueden producir el medicamento. Éste sigue conteniendo los mismos ingredientes básicos.

Mi plan de salud dejó de cubrir el medicamento que yo estaba tomando. ¿Puede hacer eso?

Sí. Los medicamentos que su plan cubre pueden cambiar a causa de nuevas investigaciones y cambios en los precios de los medicamentos. Si su doctor puede explicar la razón por la cual usted necesita el medicamento, es posible que su plan continúe cubriéndolo.

Necesito una silla de ruedas. ¿La cubrirá mi plan de salud?

Pregunte a su plan qué es lo que cubre. Aun si el equipo médico estuviera cubierto, su doctor necesitaría explicar la razón por la cual la silla de ruedas es necesaria para su salud. Es posible que su doctor le envíe a una clínica de rehabilitación para una evaluación. Las sillas de ruedas pueden ser caras y posiblemente usted tenga que defender sus derechos de manera persistente. Vea las páginas 48–53.

Consejos

► Si usted tiene cobertura para medicamentos recetados

- Su plan normalmente tiene un formulario. Éste es una lista de medicamentos preferidos del plan.
- Es probable que el formulario tenga distintos niveles con diferentes cargos. Generalmente, los medicamentos genéricos tienen un copago más bajo que los medicamentos de marca.
- Si quiere un medicamento que no está en el formulario, usted tendrá que obtener una autorización previa de su plan o pagarlo de su bolsillo.
- Usted tiene que surtir sus recetas en una farmacia que esté en la red de su plan.

► Mantenga bajo el costo de los medicamentos

- Cuando su doctor le dé una receta, pregunte si su plan de salud cubre el medicamento.
- Pida medicamentos genéricos. El precio que usted paga por medicamentos genéricos es normalmente más bajo que el de medicamentos de marca.
- Pregunte si hay descuentos para personas de bajos ingresos.
- Llame a su plan y pregunte cómo puede solicitar recetas por correo. Normalmente, éstas cuestan menos y usted puede solicitarlas hasta para 3 meses.
- Si no tiene cobertura para medicamentos recetados, compare los costos. Consulte farmacias de descuento, por correo y en línea. Compare los costos en www.pharmacychecker.com/default_sp.asp.

Materiales y equipo médico

Los beneficios que cubren materiales como vendas y jeringas o equipo médico, como andaderas, respiradores y sillas de ruedas varían de un plan a otro.

- Pregunte a su doctor o a su plan qué es lo que cubre.
- Pregunte también si hay límites sobre lo que el plan pagará.
- Pregunte cuáles proveedores o tiendas puede usted usar.
- Los planes de salud tienen que cubrir la mayoría de los materiales para el cuidado de la diabetes en casa.
- Asimismo, los planes tienen que cubrir los materiales para la atención del asma infantil.
- Si su plan no aprueba la solicitud de su doctor para equipo o materiales, usted puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.

© PNC/Photodisc/Getty Images



El costo de los medicamentos varía. Si usted no tiene cobertura para medicamentos recetados, compare los precios de distintas farmacias.

Precauciones con los medicamentos

Los tratamientos para el cuidado de la salud a menudo incluyen medicamentos recetados. Los problemas debidos a las interacciones entre los medicamentos y sus efectos secundarios son comunes. Sin embargo, hay muchas cosas que usted y su doctor pueden hacer para evitar estos problemas.



© Stockbyte/Getty Images

Lisa padecía de alergias graves. Una medicina que tomaba le reseca mucho la boca y otra le causaba sueño. Ella habló con su doctor, quien le sugirió que probara una tercera medicina. “Finalmente encontré la medicina adecuada”.

Preguntas y Respuestas

¿Qué puedo hacer para evitar reacciones negativas debidas a la interacción entre los medicamentos?

Pida a su doctor que verifique los efectos que la mezcla de medicamentos podría causar. Además, surta todas sus recetas médicas en una sola farmacia. Asegúrese de que en la farmacia usen una computadora para verificar las interacciones entre sus medicamentos. También visite www.drugdigest.org (sólo disponible en inglés).

Siento que tomo demasiados medicamentos. ¿Qué puedo hacer?

Haga una lista de todos los medicamentos que toma. Muéstrela a su doctor. Pregúntele si podría dejar de tomar algunas medicinas.

Recursos

Drug Digest

(Compendio de medicamentos)

www.drugdigest.org

Verifique las interacciones de los medicamentos.

FDA

(Administración de alimentos y fármacos)

1-888-463-6332 

www.fda.gov/oc/spanish/ 

Información sobre medicamentos, vitaminas y medicinas herbáceas.

Healthfinder

www.healthfinder.gov 

Información sobre la seguridad de los medicamentos.

▶ Hable con su doctor

- Indique a su doctor todos los medicamentos que toma, incluyendo vitaminas y medicinas sin receta.
- Explíquelo las alergias o reacciones negativas que haya tenido con los medicamentos.
- Indique a su doctor si un medicamento no parece estar surtiendo efecto.
- Explíquelo si tiene problemas con efectos secundarios.
- Pregúntele a su doctor cómo tomar un nuevo medicamento.
- Pregúntele sobre los efectos secundarios, riesgos y beneficios.
- Pregúntele sobre las interacciones entre los medicamentos.

▶ Al surtir una receta médica

- Asegúrese de que sea la medicina y la dosis correcta.
- Repase con el personal de la farmacia las indicaciones para tomar la medicina.
- Pregunte si es seguro usar la medicina con las demás medicinas que usted está tomando.
- Repase los efectos secundarios a los que tiene que estar alerta.

Tome los medicamentos de acuerdo con las indicaciones

- Tome la dosis indicada en el frasco.
- No se salte dosis ni parta las pastillas, a menos que su doctor le indique lo contrario.
- Tome el medicamento durante todo el tiempo que la receta se lo indique.
- No use los medicamentos después de la fecha de caducidad. Esta fecha está impresa en la etiqueta.
- Use un organizador de pastillas para administrar sus medicamentos.

© Image Source Pink/Getty Images



Mis medicamentos

Muestre la lista a su doctor. Mantenga una copia en su cartera. Usted puede imprimir la planilla, "Mis medicamentos" en www.opa.ca.gov. La planilla también le permite indicar las medicinas a las que sea alérgico.

Nombre del medicamento	Dosis	Cuándo y con qué frecuencia lo toma
Ejemplo: Lisiprinol	10mg	Una al día a la hora de acostarse
Calcio	200mg	Dos al día con las comidas
.....
.....
.....
.....

Cómo consultar a un especialista

Un especialista es un doctor con capacitación adicional en un área específica de la medicina, como atención cardíaca o tratamiento del cáncer. Para consultar a un especialista de una HMO, usted debe necesitar cuidados que su doctor familiar no pueda proporcionarle. Usted va a requerir una referencia de su doctor familiar. Es posible que su grupo médico o su plan de salud tenga que autorizar la referencia.

Mona se lesionó el tobillo en un accidente y tiene dificultades para usarlo. “Mi doctor familiar me refirió a un ortopedista—un especialista de los huesos—que evaluó el problema y recomendó 6 sesiones de fisioterapia. Antes de hacer las citas para la fisioterapia, pregunté los precios y si necesitaría una autorización previa de mi plan”.



© Andersen Ross/Digital Vision/Getty Images

Recursos

American Board of Medical Specialties (Consejo americano de especialidades médicas)

1-866-275-2267

www.abms.org

Obtenga información sobre las distintas especialidades médicas, y averigüe si el especialista tiene el certificado del consejo.

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

Preguntas y Respuestas

Mi doctor me refirió a un especialista, pero hay una espera de 6 meses para conseguir una cita. ¿Qué puedo hacer?

Puede pedirle a su doctor que le ayude a conseguir la cita o que le dé una referencia para otro especialista. Si estos pasos no le ayudan, usted puede presentar una queja ante su plan. Vea las páginas 50–51.

¿Cómo puedo obtener la referencia que deseo?

Si solicita una referencia y no la consigue, su doctor familiar deberá darle una explicación. Si no está de acuerdo, usted puede presentar una queja ante su plan de salud. Vea las páginas 50–51.

Tengo alergias muy graves. ¿Puedo consultar a un alergista periódicamente?

Pídale a su doctor familiar una referencia continua para consultar a un especialista en alergias. Una referencia continua le permite consultar a un especialista sin necesidad de obtener una nueva referencia para cada cita. Vea la página 21.

Consejos

► Cómo obtener atención de un especialista

- Pídale a su doctor familiar que le dé una referencia.
- En una HMO, el especialista tiene que estar en la red de la HMO y normalmente está en el grupo médico de su doctor.
- Es posible que el grupo médico o el plan de salud tenga que autorizar la referencia. Vea las páginas 20–21.
- Usted puede solicitar una referencia a un especialista que no esté en la red de su HMO si en la red no hay ningún especialista que puede darle la atención que necesita, o si tuviera que esperar demasiado tiempo para obtener una cita. Usted necesitará una autorización previa del plan de salud.
- En una PPO usted puede consultar a especialistas que no estén en la red y pagar más.

► Cómo encontrar a un especialista

- Pídale a su doctor que le recomiende especialistas.
- Consulte el Directorio de Proveedores o el sitio web de su plan de salud.
- Si necesita un tratamiento o procedimiento arriesgado, busque a un especialista que lo haya realizado muchas veces.
- Existen más de 100 especialidades médicas; para conocerlas y obtener información sobre la capacitación y certificación de un especialista, visite www.abms.org. (Sólo disponible en inglés.)



Normalmente, un especialista solicitará rayos-x y los evaluará, y después le dará el informe a su doctor familiar.

Aproveche al máximo su atención especializada

- Antes de acudir al especialista, pregunte a su doctor familiar lo que puede esperar.
- Asegúrese de que su doctor familiar reciba copias de los informes del especialista.
- Asegúrese de que todos sus proveedores conozcan todos los medicamentos que usted está tomando.
- Asegúrese de seguir acudiendo a su doctor familiar para toda su atención de rutina.

Si usted tiene una condición crónica

Una condición crónica es un problema de salud que puede ser controlado pero generalmente no curado. La diabetes, la artritis, la presión arterial alta y las enfermedades cardíacas son condiciones crónicas comunes. Su doctor y usted prepararán un plan de tratamiento para controlar su condición. El seguir este plan es la mejor manera de cuidarse y mantener su condición bajo control.



© Steve Mason/Photodisc/Getty Images

Fred tiene una enfermedad cardíaca y presión arterial alta. “Mi doctor y yo acordamos un plan de tratamiento. Tomo 2 medicinas y trato de llevar una dieta baja en sodio. También camino 30 minutos casi todos los días. Ha sido difícil hacer todo esto, pero mi presión arterial bajó. Eso es lo que me motiva a seguir intentándolo”.

Recursos

American Chronic Pain Association

1-800-533-3231 www.theacpa.org 

Información sobre el dolor crónico.

American Diabetes Association

1-800-342-2383  www.diabetes.org 

Información sobre la diabetes.

American Heart Association

1-800-242-8721  www.americanheart.org 

Información sobre enfermedades del corazón.

American Lung Association

1-800-548-8252 www.lungusa.org 

Información sobre enfermedades pulmonares.

Arthritis Foundation

1-877-226-4267  www.arthritis.org 

Información sobre artritis.

California AIDS Hotline

1-800-367-2437  www.aidshotline.org 

Información sobre el SIDA.

Preguntas y Respuestas

Mi problema nunca mejorará. ¿Mi plan de salud seguirá cubriendo los tratamientos?

Sí. Su plan tiene que cubrir los servicios que usted necesite para mantener su problema estable o prevenir que empeore.

Tengo diabetes. Mi doctor quiere que baje de peso y haga ejercicio todos los días. ¿Cómo puedo hacer un cambio tan grande?

Los cambios son más fáciles cuando se tiene apoyo. Busque apoyo de familiares y amigos. También investigue si su plan ofrece programas de educación sobre la salud, y busque en su guía telefónica las oficinas locales de las organizaciones que se enumeran a la izquierda. Muchas de éstas tienen grupos de apoyo u otros recursos para ayudarlo.



© Stephen Derr/Pholodisc/Getty Images

► Infórmese sobre la atención para su problema

- Pregunte cuáles servicios y clases ofrece su plan de salud para personas con su condición.
- El Reporte de Calidad le indica qué tan bien cumplen los planes de salud de California con las normas nacionales de atención para varias condiciones crónicas. Visite www.opa.ca.gov.
- El Reporte de Calidad también le indica la razón por qué es importante que cumplan con estas normas. Usted puede usar esta información para hablar con su doctor sobre su atención.
- Vea la página 22 para obtener más información sobre cómo escoger tratamientos.

► Colabore con su doctor

- Hable con su doctor sobre su plan de tratamiento. Éste deberá incluir la atención necesaria para evitar que su condición empeore y tratamientos para mejorarlo. También debe ser un programa que usted pueda seguir.
- Pregunte a su doctor quién formará parte de su equipo médico y cuándo consultará a cada miembro del equipo.
- Dígale a su doctor si cambian sus síntomas, si su plan de tratamiento no parece estar funcionando o si tiene problemas para seguirlo.

La hija de Gloria tiene asma. Gloria usó el Reporte de Calidad para comparar la atención del asma para niños. "Las mejores HMOs se aseguran de que los niños con asma reciban el medicamento correcto. Yo encontré la mejor HMO para las necesidades de mi hija".

Cómo aprender nuevos hábitos

Su doctor podría pedirle que cambie sus hábitos alimenticios, de ejercicio y de otro tipo. Los cambios pueden resultar difíciles, así que lo mejor es empezar por pequeñas acciones. Puede imprimir la planilla "Cómo aprender nuevos hábitos" en www.opa.ca.gov.

Nuevos hábitos	Barreras al cambio	Pequeñas acciones que puedo intentar
Ejemplo: Tomar la medicina periódicamente.	Se me olvida tomar las pastillas.	Pongo la alarma del reloj para recordar que tengo que tomar mis medicinas. Pongo las medicinas junto a la caja del cereal que desayuno.
Ejemplo: Comer alimentos con menos contenido de grasas.	Por lo general como en restaurantes.	Pido alimentos bajos en grasa, como pollo sin piel o ensaladas con el aderezo por separado.
Otro:		
Otro:		

Emergencias y cuidados de urgencia

En una emergencia llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencia más cercana. La mayoría de los planes de salud cubren el cuidado de emergencia y de urgencia en cualquier lugar del mundo.



© John Giustina/Photodisc/Getty Images

Alan se cayó y se lastimó el brazo. “Era un sábado. Llamé a la oficina de mi doctor, pero respondió el contestador automático. No quería esperar hasta que el doctor me llamara. El brazo me dolía mucho y estaba casi seguro de que estaba fracturado, así que fui a la sala de emergencia. Me sacaron rayos-x del brazo e inmovilizaron la fractura. Consulté a mi doctor unos días después para asegurarme de que todo estuviera bien”.

Recursos

9-1-1

Llame al 9-1-1 en caso de emergencia. Diga su nombre y dónde se encuentra. No cuelgue hasta que el operador se lo diga.

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

Poison Action Line

(Línea de acción para envenenamientos)

1-800-222-1222 

www.calpoison.org 

Ayuda de emergencia para víctimas de envenenamientos o intoxicaciones.

Preguntas y Respuestas

¿Qué es el cuidado de emergencia?

El cuidado de emergencia es la atención que usted necesita de inmediato porque cree que su salud corre un grave peligro. Las emergencias incluyen una lesión grave, un dolor fuerte, una enfermedad repentina o que empeora rápidamente, así como las primeras contracciones del parto.

¿Qué es el cuidado urgente?

El cuidado urgente es el cuidado que usted necesita con prontitud, normalmente en un plazo de 24 horas. Un dolor de oído o un esguince (torcedura) podrían necesitar el cuidado urgente. El cuidado debe ser rápido pero su salud no corre un grave peligro.

¿Qué ocurre si tengo una emergencia y voy a un hospital que no está en la red de mi plan?

Su plan deberá cubrir el cuidado de emergencia en cualquier lugar. Usted deberá llamar a su plan de salud en un plazo de 24 horas o tan pronto como pueda. Es posible que lo trasladen a un hospital que esté en la red de su plan cuando sea seguro hacerlo.

▶ Qué hacer en una emergencia

- Llame al **9-1-1** si tiene una emergencia y no puede llegar a una sala de emergencia de forma segura en automóvil.
- Puede acudir a la sala de emergencia del hospital más cercano. No es necesario que sea uno de los hospitales incluidos en su plan de salud.
- Intente llevar consigo su tarjeta de membresía.
- Si no está seguro de que sea una emergencia y dispone de tiempo, llame a su doctor o a su plan de salud.

▶ Qué hacer si necesita cuidado urgente

- Si su plan de salud tiene una clínica de cuidado urgente, llame a la clínica o vaya ahí directamente.
- Si no está seguro de lo que debe hacer, llame a su doctor familiar o a su plan de salud y pregunte qué debe hacer.

▶ Si está de viaje

- El cuidado urgente y de emergencia normalmente están cubiertos en todo el mundo.
- Si tiene una emergencia llame al **9-1-1** o acuda a la sala de emergencia más cercana.
- Si necesita cuidado urgente, llame a su doctor o a su plan de salud. Si no puede llamar, vaya a la clínica o al centro de cuidado urgente más cercano.
- Lleve consigo su tarjeta de membresía.
- Si necesita atención de seguimiento, llame a su doctor. Su plan de salud no pagará si usted recibe atención de seguimiento sin autorización previa.

Servicios de ambulancia

Los planes de salud solamente pagan el servicio de ambulancia en casos de emergencia o cuando su doctor dice que usted necesita una ambulancia y el plan lo aprueba con anticipación.

Sepa qué hacer con anticipación

- Conozca las reglas de su plan para obtener atención de emergencia o de urgencia.
- Averigüe adónde acudir si necesita atención urgente durante el fin de semana.
- Pregúntele a su doctor o a su plan.
- Busque en su libro del plan o en su Prueba de Cobertura.

Mi lista de contactos de emergencia

Usted puede anotar sus números importantes a continuación. Puede imprimir la forma titulada "Mi lista de contactos de emergencia" en www.opa.ca.gov.

Emergencias	9-1-1
Clínica de atención urgente	
Departamento de servicio al cliente de mi plan	
Mi número de cliente	
Mi doctor familiar	
Mi teléfono del trabajo	
Mi teléfono celular	

Cuidados en el hospital

A los cuidados recibidos en un hospital, incluyendo la estadía por una noche, se les conoce como atención para pacientes internos. Es probable que usted acuda al hospital debido a una cirugía, a una enfermedad grave, para dar a luz o para otros servicios. A menos que se trate de una emergencia, su doctor tiene que darle una referencia para el cuidado en el hospital.

Darrell fue hospitalizado después de una embolia leve. “Antes de salir del hospital, mi esposa y yo solicitamos que alguien nos informara acerca de la atención de seguimiento. Nos reunimos con una enfermera que nos explicó cómo tomar mis medicamentos y qué tratamiento de seguimiento necesitaría”.



© Paul Burns/Blend Images/Getty Images

Recursos

American College of Surgeons

(Colegio americano de cirujanos)

1-800-621-4111 

www.facs.org

Información sobre operaciones comunes y cómo elegir a un cirujano.

CalHospital Compare

<http://espanol.calhospitalcompare.org/> 

Recursos para comparar los hospitales.

Joint Commission (Comisión conjunta)

1-800-994-6610

www.jcaho.org

Llame para hacer una queja sobre un hospital. Visite el sitio web para información sobre la seguridad para pacientes cuando están en el hospital.

Lumetra

1-800-841-1602 

www.lumetra.com

Llame si la cobertura de Medicare por su atención en el hospital está terminando demasiado pronto.

Preguntas y Respuestas

Permaneceré en el hospital solamente durante 2 noches después de mi operación.

¿Estaré realmente listo para irme a casa tan pronto?

Comente sus preocupaciones con su doctor. En caso necesario, él puede solicitar una estadía más prolongada. En general, las estadías en el hospital son más cortas hoy en día. Esto se debe a que la atención hospitalaria es muy costosa y a que muchas personas se recuperan mejor en su casa. Si usted tiene Medicare, llame a **Lumetra** al **1-800-841-1602**.

Cuando estuve en el hospital, el personal me ignoró cuando pedía ayuda. ¿Qué puedo hacer?

Usted puede quejarse con su doctor y con el hospital. También puede escribir una carta o presentar una queja ante su plan de salud. Vea las páginas 48–51.

Consejos

► Sepa cuáles serán sus costos

El copago o coseguro por una estadía en el hospital puede ser alto.

- Si usted tiene un copago, llame a su plan de salud y pregunte cuánto será el copago. Solicite a su plan un resumen de sus costos y beneficios.
- Si usted paga un porcentaje del costo total (coseguro), llame al departamento de facturación del hospital. Pregunte cuáles serán los cargos aproximados y la cantidad que tendrá que pagar usted.



Cómo comparar hospitales

- Visite www.calhospitalcompare.org para obtener ayuda sobre cómo elegir el hospital que tenga la mayor experiencia en el tratamiento de su problema médico.
- Si usted y su doctor creen que no puede recibir la atención que necesita en un hospital de la red de su plan, pida a su plan que pruebe la atención en otro hospital.

Antes de ir al hospital

Llene un Documento de Instrucciones Anticipadas sobre Tratamiento (Advance Health Care Directive) y elija a alguien como su portavoz y defensor mientras usted esté en el hospital. Imprima la planilla "Cómo prepararse para su estadía en el hospital" en www.opa.ca.gov.

Pregunte a su doctor sobre su atención en el hospital:

- ¿Qué ocurrirá durante mi tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo permaneceré en el hospital?
- ¿Cómo se controlará mi dolor?
- ¿Necesito dejar de tomar algún medicamento?

Pregunte sobre la atención de seguimiento:

- ¿Cuánto tiempo durará la recuperación?
- ¿Dónde me recuperaré?
- ¿Qué ayuda necesitaré?
- ¿Qué atención de seguimiento necesitaré?

Cosas que debo llevar conmigo:

- Medicamentos
- Cepillo de dientes y otros artículos personales
- Desinfectante para manos a base de alcohol
- Otras cosas:

Cuidados de salud mental

Todos los planes de salud tienen que cubrir la atención de condiciones de salud mental graves, tanto para adultos como para niños. Normalmente, los planes ofrecen atención limitada para problemas menos graves. Si usted cree que podría beneficiarse de los servicios de salud mental, hable con su doctor o llame a su plan y pregunte cómo puede recibir la atención.



© Terry Vine/Blend Images/Getty Images

Jake estaba gravemente deprimido. Tomó un medicamento que le recetó su doctor, pero no se sintió mejor. “Solicité una referencia a un psiquiatra, quien me evaluó. El psiquiatra me recetó un medicamento distinto y me refirió a un trabajador social para hacerme un asesoramiento. Después de varios meses, acudí al psiquiatra para una consulta de seguimiento y para ver cómo iba progresando”.

Preguntas y Respuestas

¿Cuáles cuidados de salud mental puedo obtener de mi doctor familiar?

Su doctor puede recetar algunos medicamentos, como medicinas que tratan la ansiedad y la depresión. Puede referirlo a otros servicios para que usted reciba más ayuda si la necesita.

¿Cubren Medi-Cal y Medicare los cuidados de salud mental?

Medi-Cal cubre la atención para problemas de salud mental graves. Medicare ofrece atención limitada para estos problemas. Pregunte a su plan lo que está cubierto.

Mi plan de salud no está aprobando la atención suficiente. ¿Qué puedo hacer?

Si su plan de salud no aprueba el tratamiento que su doctor recomienda, tiene que explicarle la razón por escrito. Si no está de acuerdo, usted puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.

Recursos

Mental Health America

(Salud mental América)

1-800-969-6642 

www.nmha.org/go/en-espanol/ 

Información y defensa para personas con problemas de salud mental.

NAMI

(Alianza nacional para los enfermos mentales)

1-800-950-6264 

www.namicalifornia.org

Información, defensa y apoyo para las familias con miembros que tienen una enfermedad mental grave. Programas para personas que usan servicios de salud mental.

Consejos

► Cómo elegir a un especialista en salud mental

Un especialista en salud mental puede ser un trabajador social, un terapeuta familiar, un psicólogo o un psiquiatra.

- Consulte el Directorio de Proveedores o el sitio web del plan para encontrar un proveedor.
- Pida recomendaciones a su doctor y a sus amigos.
- Pida a su plan que le encuentre un especialista en salud mental capacitado y con experiencia para tratar su problema.
- Busque un proveedor en quien usted crea que puede confiar.
- Usted puede cambiar de proveedor de salud mental si no está satisfecho con el que actualmente tiene.
- Si usted siente que no está recibiendo la atención adecuada, puede presentar una queja. Vea las páginas 50–51.

Condiciones de salud mental graves

Si tiene alguna de las siguientes condiciones, usted tiene derecho a la atención necesaria para el tratamiento de su condición. Sus beneficios y costos son similares a los beneficios y costos para otros problemas médicos.

- Trastornos depresivos graves
- Trastornos de pánico
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Anorexia y bulimia nerviosas
- Autismo
- Trastorno generalizado del desarrollo en niños
- Determinadas perturbaciones emocionales graves en niños

Obtenga más información sobre sus beneficios de salud mental

Llame a su plan o a su doctor familiar. El número está en su tarjeta de membresía. Pregunte:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ¿Qué tipos de especialistas en salud mental puedo consultar? | <input type="checkbox"/> ¿Está cubierto el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas? |
| <input type="checkbox"/> ¿Necesito una referencia de mi doctor familiar? | <input type="checkbox"/> ¿Hay grupos de apoyo y cursos, como clases para ayudarme a dejar de fumar, enfrentar un duelo o controlar el estrés? |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué servicios de consejería o de psicoterapia están cubiertos si algún problema no está en la lista de problemas graves? ¿Hay un límite en la atención? ¿Cuál es el costo? | |

Cuidados en su hogar, un centro de convalecencia y hospicio

Por lo general, después de una estadía en el hospital los planes de salud cubren parte del cuidado en su hogar o en un centro de convalecencia. Usted debe tener una referencia de su doctor y una autorización previa del plan. El número de días de atención es limitado y su costo es normalmente más alto que para otros servicios.

Después de su accidente, **Martha** necesitará usar una silla de ruedas por lo menos durante cuatro meses. “Mi plan aprobó varias visitas de un terapeuta ocupacional para enseñarme maneras seguras de cuidarme mientras esté utilizando la silla de ruedas”.



© Ken Glaser/Corbis

Recursos

California Hospital Association

(Asociación de hospitales de California)

1-800-494-2001

www.calhealth.org/public/pubs/frmspstrs.html 

Solicite gratis las formas de instrucciones anticipadas (Advance Health Care Directive).

California Registry

1-800-777-7575

www.calregistry.com

Información sobre centros de convalecencia.

Family Caregiver Alliance

(Centro de recursos para cuidadores)

1-800-445-8106 

www.caregiver.org 

Información para las personas encargadas del cuidado de un miembro de la familia.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Información sobre la calidad de los hospitales y la atención médica a largo plazo.

Preguntas y Respuestas

He agotado mis beneficios de atención médica en el hogar y no puedo pagarlos por mí mismo.

¿Hay alguna manera de recibir ayuda?

Si sus ingresos son bajos, existe un programa del condado llamado Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Support Services) que puede pagar la atención de un trabajador a domicilio o de un miembro de su familia. Llame a la Oficina de Servicios Sociales de su condado.

¿Cubren los planes de salud cuidados en el hogar o en un centro de convalecencia a largo plazo?

No. Los planes de salud no cubren la atención a largo plazo. A fin de obtener ayuda para pagar este tipo de atención, usted necesita comprar un seguro de atención médica de largo plazo. Si sus ingresos son bajos, es posible que Medi-Cal pague una parte o la totalidad del costo de la atención de largo plazo.

► Cuidados en su hogar

Los cuidados en el hogar incluyen servicios como fisioterapia y terapia ocupacional, ayuda con medicamentos o heridas, y cuidados de diálisis. Es posible que la atención incluya cierta ayuda con los cuidados personales, como el de bañarse.

- Usted tiene que tener una referencia de su doctor y una autorización previa de su plan de salud.
- Usted tiene que estar imposibilitado para salir de su casa para recibir atención. O su plan y su doctor tienen que estar de acuerdo en que su hogar es el mejor lugar para que usted reciba la atención.
- Pregunte a su plan de salud o a su doctor cuáles agencias de cuidados en el hogar puede utilizar.

► Cuidados en un centro de convalecencia

Puede permanecer en un centro de convalecencia cuando necesita cuidados de enfermería más especializados que los que podría obtener en su hogar.

- Los planes de salud cubren una atención limitada en un centro de convalecencia.
- Pida a su plan de salud una lista de los centros de convalecencia en la red.
- Visite www.calregistry.com o llame al **1-800-777-7575** para obtener ayuda a fin de elegir un centro de convalecencia. La calidad de la atención varía, al igual que la comida, la limpieza, el nivel de ruido y la seguridad.

► Cuidados de hospicio

La atención en un hospicio se enfoca en mantener cómodas a personas con enfermedades terminales durante sus últimos meses de vida. La atención de hospicio también ayuda a aliviar algunas tensiones en los familiares.

- Los planes de salud tienen que cubrir la atención en un hospicio.
- Los servicios incluyen una enfermera para administrar los analgésicos y una auxiliar para ayudar con la atención personal.
- Pida a su plan una lista de las agencias de hospicio que usted puede utilizar.

Proteja sus deseos

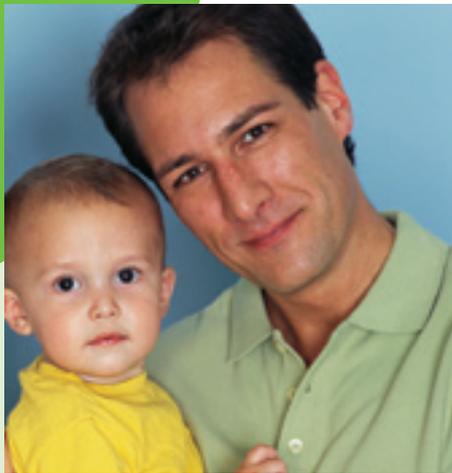
- Una forma de Instrucciones Anticipadas le permite expresar la clase de atención que desea o no desea recibir, y quién decidirá el tipo de atención que recibirá en caso de que usted ya no pueda hablar por sí mismo.
- Puede imprimir una forma gratis en www.calhealth.org/public/pubs/frmspsstrs.html. O bien llame al **1-800-494-2001**.
- Llene la forma y fírmela ante testigos.
- Entregue copias a su doctor, familiares y amigos cercanos. Infórmeles sus deseos para asegurarse de que recibirá la atención que usted quiere.

© Sam Edwards/OJO Images/Getty Images



Haga oír sus derechos

Al ser miembro de un plan de salud en California, usted tiene muchos derechos. Hay cosas que usted puede hacer si tiene dificultades recibiendo un servicio que necesita. También hay personas que pueden ayudarlo.



© Tom Grill/Corbis

Después de la operación de su hijo, **Gary** recibió un cobro de un doctor del hospital. “Llamé a mi plan de salud. El doctor estaba cobrando la diferencia entre lo que el plan pagó y lo que él cobra normalmente. No tuvimos que pagarla. Tuve que insistir, pero me aseguré de que el plan se hiciera responsable”.

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219  www.dmhc.ca.gov 

Ayuda para los clientes de los planes de salud.

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

HICAP (Programa de consejería y defensa sobre seguros médicos)

1-800-434-0222  www.calmedicare.org

Ayuda para las personas con Medicare.

Medi-Cal Managed Care Ombudsman

(Mediador de los planes de Medi-Cal)

1-888-452-8609 

Llame si tiene problemas que no puede resolver con su plan de salud.

Oficina del Defensor del Paciente (OPA)

www.opa.ca.gov 

Haga clic en “Obtenga ayuda local” para una lista de grupos que ayudan a las personas que tienen problemas con la atención médica.

Su empleador

Contacte sus oficina de recursos humanos o beneficios para ayuda si usted tiene un problema con su plan.

Preguntas y Respuestas

Hace 3 semanas que mi doctor solicitó a mi plan que aprobara una referencia. Todavía no he recibido una respuesta. ¿Cuánto tiempo debo esperar?

Normalmente, su plan debe aprobar o rechazar una referencia en un plazo de 5 días hábiles, o 3 días si su problema es urgente. Dado que usted ha esperado tanto tiempo, debe llamar a su plan e informarle que desea presentar una queja. Vea el siguiente capítulo.

Mi doctor me dice que necesito tener una cirugía en la espalda, pero no entiendo cómo me ayudará. ¿Qué puedo hacer?

Usted tiene el derecho—y la responsabilidad—de entender el tratamiento que va a recibir. Pida al doctor que le explique la razón por la cirugía. Asegúrese de entender todos los riesgos y beneficios.

¿Puedo ver mi expediente médico?

Sí, usted tiene derecho a obtener una copia de su expediente médico. Puede ser que le cobren.

Consejos

▶ Hable con su doctor

Explíquelo su problema. Pregúntele:

- ¿Qué recomienda usted?
- ¿Puede ayudarme?
- ¿Cuál es el siguiente paso que debo tomar?

▶ Hable con su plan

Todos los planes de California tienen un número telefónico de servicio a clientes. Vea su tarjeta de membresía o vea la página 54.

1. Explique brevemente su problema.
2. Pida hablar con alguien que pueda ayudarlo.
3. Explique su problema más detalladamente.
4. Asegúrese de que la persona lo comprende.
5. Pida el nombre de la persona y su número telefónico directo.
6. Pregunte cuál es el siguiente paso y cuánto tiempo tardará.
7. Solicite una respuesta por escrito.

▶ Consejos para ayudarle a ser escuchado

- Actúe con rapidez.
- Sea persistente.
- Pida hablar con un supervisor.
- Tome notas sobre sus llamadas. Anote la fecha y la hora de cada llamada, el nombre de la persona con la que usted habló y un resumen de lo que cada persona le dijo.
- Mantenga todas sus notas y correspondencia en un solo lugar.
- Tenga a alguien con usted para que le apoye durante las llamadas telefónicas o reuniones.
- Si le niegan la atención, solicite la razón por escrito.
- Para más información sobre sus derechos, visite www.dmhc.ca.gov. Vea la página 52.

Usted tiene derecho a:

- Que se le trate con cortesía y respeto.
- Recibir atención médica de calidad.
- Recibir atención por parte de personal médico capacitado.
- Elegir a un doctor en quien usted confíe.
- Conseguir una cita cuando la necesite.
- Comprender su problema de salud y los riesgos y beneficios de sus opciones de tratamiento.
- Obtener una segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento.
- Elegir o rechazar un tratamiento.
- Obtener una copia de su expediente médico.

Obtenga ayuda local en California

Existen muchas organizaciones que ayudan a las personas que tienen problemas con el cuidado médico. Algunos de estos grupos se enumeran en la página 56. Visite www.opa.ca.gov y haga clic en "Obtenga ayuda local" para encontrar un grupo en su comunidad.



Photo courtesy Brenda Parker

Presente una queja ante su plan

Si tiene un problema y su doctor o su plan no le ayudan a resolverlo, usted tiene derecho a presentar una queja. A una queja también se le conoce como una reclamación por agravio o una apelación. Su plan tiene que darle una decisión por escrito. Si no está de acuerdo con la decisión, usted puede presentar una queja ante el estado. Vea el siguiente capítulo para obtener más información.

Kendra solicitó una referencia para un especialista en asma infantil para su hija. “Nuestro plan no aprobaba la referencia, así que presenté una queja ante el plan. Logré que el doctor de mi hija escribiera una carta explicando por qué era necesaria la referencia”.



© Image Source Black/Image Source/Getty Images

Preguntas y Respuestas

Llamé a mi plan y me quejé, pero no pasó nada. ¿Qué puedo hacer?

Cuando llame al plan asegúrese de decir que desea presentar una queja. Entonces, si el plan no responde en un plazo de 30 días, o en 3 días si su problema es urgente, usted puede llamar al Centro de Ayuda HMO. Vea el siguiente capítulo.

¿Qué es una reclamación por agravio o una apelación?

Una reclamación por agravio o una apelación es otro nombre para una queja. Cada plan de salud usa distintos términos.

Mi plan dice que el servicio que necesito no está cubierto. ¿Cómo deciden esto?

Usando la Prueba de Cobertura que es su contrato con el plan. En este contrato se explican sus beneficios. Solicite a su plan que le mande una copia de la Prueba de Cobertura y que le informe en qué página se indica que el servicio no está cubierto.

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219 

www.dmhc.ca.gov 

Asistencia para clientes de los planes de salud.

Contacte su plan de salud

Vea la página 54.

Consejos

► Cómo presentar una queja ante su plan

Usted puede presentar una queja a través de una carta, por teléfono, por correo electrónico o en el sitio web de su plan de salud.

- Exprese claramente que usted desea presentar una queja y explique el problema.
- Su plan tiene que comunicarle su decisión en un plazo de 30 días, o en 3 días si su problema de salud es urgente.
- A partir de la fecha del incidente o del momento en que se produjo el problema, usted tiene 6 meses para presentar su queja.

Problemas comunes

Usted puede presentar una queja si tiene algún problema relacionado con su atención o con un servicio. Éstos son algunos ejemplos:

- Se le negó un servicio, tratamiento o medicamento.
- Se le negó una referencia para algún servicio.
- Recibió un cobro de un proveedor, que está en la red de su plan, distinto al cobro de su copago o coseguro.
- Su plan no le reembolsará un servicio cubierto que usted pagó y recibió.
- Su plan no pagará la atención que usted recibió en la sala de emergencia.
- Usted no puede obtener una cita tan pronto como la necesita.
- Usted considera que recibió una mala atención o servicio.

Información que usted necesita al presentar una queja

Tenga a la mano la siguiente información:	Ejemplo: Queja de Agustín
1. Su número de membresía de su plan de salud:	1. Mi número de membresía es el 1298003
2. Una breve descripción de su problema:	2. Mi problema es que necesito más fisioterapia después del accidente. Recibí 5 sesiones y mi plan dijo que no puedo recibir más.
3. Los motivos por los que necesita este servicio:	3. Necesito este servicio porque me lesioné la cadera gravemente. Estoy recuperándome, pero no puedo caminar más de una cuadra.
4. La fecha en que se produjo o inició el problema:	4. El 13 de junio mi doctor solicitó más fisioterapia, y el 21 de junio recibí una carta de rechazo.
5. Si usted considera que el problema es urgente, por qué lo es:	5. Mi vida no corre peligro, pero considero que este problema es urgente porque tengo dolor y no puedo hacer ciertas cosas.

Contacte el Centro de Ayuda HMO

Si no está de acuerdo con la forma en la que su plan atendió su queja, usted puede presentar otra queja o solicitar una Evaluación Médica Independiente con el Centro de Ayuda HMO. Si su problema es urgente, usted puede llamar al Centro de Ayuda HMO sin tener que presentar primero una queja ante su plan.



© Rob Melnychuk/Photodisc/Getty Images

Ken se sometió a una intervención para corregir un ritmo cardiaco rápido. “Después de la intervención, mi ritmo cardiaco seguía siendo muy rápido, pero el doctor simplemente me dijo que volviera en unos meses. Consulté a otro doctor que dijo que la intervención debería realizarse otra vez”.

“Mi plan rechazó mi solicitud, así que llamé al Centro de Ayuda HMO y obtuve una Evaluación Médica Independiente. Los doctores que evaluaron mi caso me dieron la razón, de modo que mi plan tuvo que pagar para que se me realizara la intervención nuevamente”.

Recursos

Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219 

www.dmhc.ca.gov 

- Llame las 24 horas del día para obtener ayuda en su idioma.
- El sitio web dispone de formas para las Evaluaciones Médicas Independientes y quejas.
- El Centro de Ayuda HMO forma parte del Departamento de Atención Médica Administrada, una agencia estatal que regula los planes de salud y protege los derechos de los clientes.

Preguntas y Respuestas

Tengo cáncer y deseo recibir un tratamiento experimental. Mi plan lo rechazó. ¿Qué puedo hacer?

La mayoría de los planes indican que no cubren tratamientos experimentales. Sin embargo, usted puede solicitar una Evaluación Médica Independiente sobre este tratamiento. Su problema tiene que ser grave.

Consejos

► Evaluación Médica Independiente (Independent Medical Review o IMR)

Una IMR es una evaluación de su caso por uno o más doctores que no forman parte de su plan de salud. Usted no paga nada. Si la IMR se decide a su favor, su plan tiene que darle el servicio o tratamiento que usted solicitó. Usted podría llenar los requisitos para una IMR si su plan de salud:

- Rechaza, cambia o demora un servicio o tratamiento porque el plan indica que no es médicamente necesario.
- Rechaza un tratamiento experimental para un problema grave. Si ocurre esto, solicite una IMR de inmediato. Usted no tiene que presentar primero una queja ante su plan.
- No paga la atención urgente o de emergencia que usted ya recibió.

► Cómo presentar una queja o solicitar una Evaluación Médica Independiente (IMR)

- Llene una forma de queja o una forma para una IMR. Para obtener una forma, llame al **Centro de Ayuda HMO** al **1-888-466-2219** o imprímala en **www.dmhc.ca.gov**.
- Si usted no llena los requisitos para una Evaluación Médica Independiente, el Centro de Ayuda HMO evaluará su caso como una queja en contra de su plan de salud.

Llame al Centro de Ayuda HMO si:

- Su problema es urgente.
- Usted presentó una queja ante su plan y no está de acuerdo con la decisión de su plan.
- Su plan no toma una decisión en un plazo de 30 días, o en 3 días si su problema es urgente.
- Su plan rechaza un tratamiento experimental o de investigación para un problema grave.
- Su plan cancela su cobertura.
- Usted tiene preguntas o necesita formas para presentar quejas o solicitar una IMR.

Si no puede resolver su problema con su plan

Tipo de plan	A quién recurrir después	Teléfono/sitio web
La mayoría de las HMOs, así como las PPOs de Blue Cross y Blue Shield	<ul style="list-style-type: none"> ● Centro de Ayuda HMO 	1-888-466-2219 www.dmhc.ca.gov
Otras PPOs	<ul style="list-style-type: none"> ● Departamento de Seguros 	1-800-927-4357 www.insurance.ca.gov
Plan de Medi-Cal	<ul style="list-style-type: none"> ● Mediador de los planes de salud de Medi-Cal ● Centro de Ayuda HMO 	1-888-452-8609 1-888-466-2219
Plan de Medicare Advantage	<ul style="list-style-type: none"> ● HICAP (para ayuda y consejería) 	1-800-434-0222

Comuníquese con su plan de salud

- ▶ **Busque el número telefónico de la oficina de Servicio al Cliente de su plan de salud en la siguiente lista o en su tarjeta de membresía.**
 - Si no habla inglés, pida hablar con alguien que hable su idioma. Vea las páginas 24–25.
 - Si no hay una línea TTY, llame al Sistema de Retransmisión de Mensajes al **7-1-1**. Además puede llamar al **7-1-1** si tiene una discapacidad del habla.
- ▶ **Llame a la oficina de Servicio al Cliente si necesita asistencia en general o si tiene preguntas.**
 - Pregunte sobre los cobros.
 - Pida una copia de su Prueba de Cobertura o un resumen de sus beneficios y costos. Estos documentos le explican los beneficios y reglas de su plan.
 - Pregunte sobre los servicios fuera del área de su plan de salud.
 - Presente una queja o reclamo. Vea las páginas 50–51.
 - Incluya o retire de su plan a miembros de su familia.
 - Pida un reemplazo de su tarjeta de membresía.
 - Informe a su plan de salud cualquier cambio en su dirección o teléfono.
 - Solicite ayuda sobre servicios accesibles para personas con discapacidades. Vea las páginas 26–27.
 - Solicite ayuda si necesita los servicios de un intérprete. Vea las páginas 24–25.

Plan de salud	Teléfono	TTY	Sitio web
Aetna US Healthcare of California	1-800-756-7039	1-800-628-3323	www.aetna.com
Alameda Alliance for Health	1-877-932-2738	1-510-747-4501	www.alamedaalliance.org
Anthem Blue Cross (formerly Blue Cross of California):			
Planes individuales	1-800-333-0912	1-800-735-2922	www.bluecrossca.com
Grupos grandes	1-800-999-3643	1-800-735-2922	www.bluecrossca.com
Servicios para personas mayores	1-800-333-3883	1-800-735-2922	www.bluecrossca.com
Grupos pequeños	1-800-627-8797	1-800-735-2922	www.bluecrossca.com
Blue Shield of California	1-800-431-2809	1-800-241-1823	www.mylifepath.com
CalOptima	1-888-587-8088		www.caloptima.org
Care 1st Health Plan	1-800-605-2556	1-800-735-2929	www.care1st.com
CenCal Health	1-877-814-1861	1-805-685-4131	www.cencalhealth.org
Central Coast Alliance for Health	1-800-700-3874	1-877-548-0857	www.ccah-alliance.org
Chinese Community Health Plan	1-888-775-7888	1-877-681-8888	www.cchphmo.com
Cigna HealthCare of California, Inc.	1-800-344-0557	1-800-321-9545	www.cigna.com
Citizens Choice Health Plan	1-866-634-2247	1-866-516-9366	www.citizenschoicehealth.com

Plan de salud	Teléfono	TTY	Sitio web
Community Health Group of San Diego	1-800-224-7766	1-800-735-2922	www.chgsd.com
Contra Costa Health Plan	1-877-661-6230		www.cchealth.org/health_plan
County of Los Angeles Community Health Plan	1-800-475-5550	1-800-353-7988	http://ladhs.org/chp
EZ Choice Health Plan	1-866-999-3945	1-800-735-2929	www.easychoicehealthplan.com
GEMCare Health Plan	1-877-697-2464	1-888-833-9312	www.gemcarehealthplan.com
Great-West Health Care	1-800-663-8081		www.mygreatwest.com
Health Net:			
Grupos grandes	1-800-522-0088	1-800-995-0852	www.healthnet.com
Grupos pequeños	1-800-361-3366	1-800-995-0852	www.healthnet.com
Select	1-800-676-6976	1-800-995-0852	www.healthnet.com
Seniority Plus	1-800-275-4737	1-800-929-9955	www.healthnet.com
Health Plan of San Joaquin	1-800-932-7526	1-209-942-6306	www.hpsj.com
Health Plan of San Mateo	1-800-750-4776		www.hpsm.org
HMO California	1-800-635-6668	1-866-321-5955	www.hmocalif.com
Inland Empire Health Plan	1-800-440-4347	1-800-718-4347	www.iehp.org
Inter Valley Health Plan	1-800-251-8191	1-800-505-7150	www.ivhp.com
Kaiser Permanente	1-800-464-4000	1-800-777-1370	www.kp.org
L.A. Care Health Plan	1-888-452-2273		www.lacare.org
M.D. Care	1-888-285-9676	1-800-735-2929	www.mdcareadvantage.com
MedCore	1-800-320-5688	1-800-258-6810	www.medcorehp.com
Molina Healthcare of California	1-888-665-4621	1-800-479-3310	www.molinahealthcare.com
North American Medical Management (NAMM) California	1-800-864-7500		www.nammcal.com
On Lok Senior Health Services	1-888-996-6565	1-415-292-8898	www.onlok.org
PacificCare of California	1-800-624-8822	1-800-442-8833	www.pacificare.com
Secure Horizons	1-800-228-2144		www.securehorizons.com
San Francisco Health Plan	1-800-288-5555		www.sfhp.org
San Miguel Health Plan	1-888-946-4040	1-888-978-7070	www.sanmiguelhealthplan.com
Santa Clara County Valley Health Plan	1-888-421-8444		vhp.sccgov.org
Santa Clara Family Health Plan	1-800-260-2055	1-800-567-7759	www.scfhp.com
Scan Health Plan	1-800-559-3500	1-800-735-2929	www.scanhealthplan.com
Scripps Clinic Health Plan Services, Inc.	1-888-680-2273		www.scrippsclinic.com
Sharp Health Plan	1-800-359-2002		www.sharp.com
Sistemas Médicos Nacionales S.A. (SIMNSA)	1-800-424-4652		www.simnsa.com
Ventura County Health Care Plan	1-800-600-8247	1-800-735-2929	www.vchca.org/hcp
Western Health Advantage	1-888-563-2250	1-888-877-5378	www.westernhealth.com

Números telefónicos y sitios web

▶ **A continuación encontrará es una lista de los números telefónicos y sitios web donde puede encontrar asistencia e información útil.**

- Los números gratuitos inician con 1-800, 1-866, 1-877 y 1-888.
- Si no hay una línea TTY, llame al sistema de retransmisión de mensajes al **7-1-1**. Además puede llamar al **7-1-1** si tiene una discapacidad del habla.
- No todos los sitios web son accesibles para personas con discapacidades. Si este fuera el caso, envíe un correo electrónico al administrador de la página.
- El símbolo “**ES**” después de un número telefónico o un sitio web indica que por lo general hay alguien que habla español o que el sitio web tiene información en español.

Recurso	Descripción	Teléfono/TTY	Sitio web
1-800-MEDICARE	Información y ayuda para personas con Medicare.	1-800-633-4227 	www.medicare.gov 
9-1-1	En caso de emergencia, llame al 9-1-1.	9-1-1 	
AHRQ (Agencia para la investigación y la calidad de la atención médica)	Información sobre la calidad de los servicios de atención médica.	1-800-358-9295 	www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm 
AIM (Acceso para bebés y madres)	Seguro médico de bajo costo para mujeres embarazadas con bajos y medianos ingresos.	1-800-433-2611 	www.aim.ca.gov 
American Board of Medical Specialties (Consejo americano de especialidades médicas)	Conozca las diferentes especialidades y averigüe si un especialista está certificado por el Consejo.	1-866-275-2267	www.abms.org
American Chronic Pain Association (Asociación americana sobre el dolor crónico)	Información y recursos para personas que padecen dolor crónico.	1-800-533-3231	www.theacpa.org 
American College of Surgeons (Colegio americano de cirujanos)	Información sobre operaciones comunes y para elegir un cirujano.	1-800-621-4111 	www.facs.org
American Diabetes Association (Asociación americana sobre la diabetes)	Información sobre la diabetes y su prevención, dieta, ejercicio y pérdida de peso.	1-800-342-2383 	www.diabetes.org 
American Heart Association (Asociación americana del corazón)	Información sobre enfermedades del corazón y derrames cerebrales.	1-800-242-8721 	www.americanheart.org 
American Lung Association	Información sobre enfermedades pulmonares; ayuda para tomar decisiones respecto a tratamientos.	1-800-548-8252 	www.lungusa.org 
Arthritis Foundation	Información sobre la artritis y problemas relacionados; ayuda para encontrar programas locales.	1-877-226-4267 	www.arthritis.org 
AT Network (Red AT)	Red de información sobre equipo y tecnología de apoyo para personas con discapacidades.	1-800-390-2699  1-800-900-0706  (TTY)	www.atnet.org 
CalHospital Compare (Comparación de hospitales)	Recursos para ayudarle a comparar hospitales.		espanol.calhospitalcompare.org 
California AIDS Hotline (Línea de información sobre el SIDA de California)	Información sobre servicios relacionados con VIH/SIDA.	1-800-367-2437 	www.aids hotline.org 
California Foundation for Independent Living Centers (Fundación de California para los centros para la vida independiente)	Recursos para personas con discapacidades.	1-916-325-1690  (no gratuita) 1-916-325-1695  (TTY)	www.cfilc.org

 "Es" después de un número de teléfono o sitio web significa que por lo general hay información en español.

Números telefónicos y sitios web

Recurso	Descripción	Teléfono/TTY	Sitio web
California Hospital Association (Asociación de hospitales de California)	Descargue o solicite una forma gratuita de la Directriz de Atención Médica Advance (Advance Health Care Directive) en español.	1-800-494-2001	www.calhealth.org/public/pubs/frmspstrs.html 
California Registry (Registro de California)	Información sobre los cuidados en centros de convalecencia, a largo plazo y hospicio.	1-800-777-7575	www.calregistry.com
CDC Info	Lista y horario para las vacunas o inmunizaciones.	1-800-232-4636 	www.cdc.gov/spanish/immunizacion/index.html 
Center Watch	Información sobre experimentos clínicos en curso.		www.centerwatch.com
Centro de Ayuda HMO (HMO Help Center)	Información y ayuda disponible 24 horas al día para clientes de planes de salud.	1-888-466-2219 	www.dmhc.ca.gov 
Clinical Trials (Experimentos clínicos)	Información sobre experimentos clínicos en curso.		www.clinicaltrials.gov
Deaf Counseling, Advocacy and Referral Agency (Agencia de consejería, defensa y envíos a servicios para las personas sordas)	Recursos para personas sordas o que tienen problemas para oír.	1-877-322-7299 1-877-332-7288 (TTY)	www.dcara.org
Department of Insurance (Departamento de seguros)	Información sobre seguros médicos. Asistencia con problemas.	1-800-927-4357 	www.insurance.ca.gov 
Department of Managed Health Care (Centro de Ayuda HMO)	Información y ayuda disponible 24 horas al día para clientes de planes de salud.	1-888-466-2219 	www.dmhc.ca.gov 
Disability Rights Advocates (Defensores de los derechos de los discapacitados)	Guía sobre los derechos médicos de las personas con discapacidades.		www.drlegal.org/publications/know_your_rights.php 
Drug Digest (Compendio de medicamentos)	Para conocer más sobre las interacciones negativas entre los medicamentos.		www.drugdigest.org
E-Health Insurance (Seguro eHealth)	Compare costos y beneficios de planes de salud individuales.		www.ehealthinsurance.com
Family Caregiver Alliance (Centro de recursos para cuidadores)	Información y ayuda para proveedores de cuidados de la familia.	1-800-445-8106 	www.caregiver.org 
FDA (Administración de alimentos y fármacos)	Información sobre medicamentos disponibles con y sin receta médica y sobre vitaminas y herbáceos.	1-888-463-6332 	www.fda.gov/oc/spanish/ 
Health Care Options	Llame para cambiar su plan de Medi-Cal.	1-800-430-3003 	
Health Consumer Alliance (Alianza del consumidor de salud)	Hojas informativas en muchos idiomas sobre atención médica de bajo costo. Visite "Publications".		www.healthconsumer.org 

 "Es" después de un número de teléfono o sitio web significa que por lo general hay información en español.

Recurso	Descripción	Teléfono/TTY	Sitio web
Healthfinder	Información sobre diversos temas de salud.		www.healthfinder.gov 
Health Insurance Info (Información de seguros médicos)	Una guía sobre sus derechos en los planes en California.		www.healthinsuranceinfo.net
Healthy Families	Seguro médico de bajo costo para niños que no califican para Medi-Cal.	1-800-880-5305 	www.healthyfamilies.ca.gov 
HICAP (Programa de consejería y defensa sobre Medicare)	Ayuda para personas con Medicare.	1-800-434-0222 	www.calmedicare.org
HMO Help Center (Centro de Ayuda HMO)	Información y ayuda disponible 24 horas al día para clientes de planes de salud.	1-888-466-2219 	www.dmhc.ca.gov 
Joint Commission (Comisión conjunta)	Llame para hacer una queja sobre un hospital. Visite el sitio web para información sobre la seguridad para pacientes cuando están en el hospital.	1-800-994-6610	www.jcaho.org
Kids Health (Salud de los niños)	Información sobre la salud de los niños.		www.kidshealth.org 
Lab Tests Online (Análisis de laboratorio en línea)	Información sobre análisis de laboratorio.		www.labtestsonline.es/ 
Lumetra	Ayuda a los clientes de Medicare si la asistencia de rehabilitación o sus cuidados en un hospital, en una casa de reposo, o en su casa llegaron a terminarse demasiado pronto.	1-800-841-1602 	www.lumetra.com
Mayo Clinic	Información para el consumidor sobre diversos temas de salud.		www.mayoclinic.com
Medi-Cal Managed Care Ombudsman (Mediador de los planes de Medi-Cal)	Ayuda si tuviera un problema con su plan Medi-Cal.	1-888-452-8609 	
Medi-Cal Mental Health Care Ombudsman (Mediador de cuidado de salud mental Medi-Cal)	Ayuda si tuviera un problema con los servicios de salud mental de Medi-Cal.	1-800-896-4042 	
Mental Health America (Salud mental de América)	Información y defensa para personas con problemas de salud mental.	1-916-557-1167  1-800-969-6642 	www.nmha.org/go/en-espanol/ 
MRMIP (Programa de seguro médico de alto riesgo)	Programa de seguro para personas que han sido rechazadas por planes individuales debido a una condición pre-existente. Este programa es administrado por Blue Cross.	1-800-289-6574 	www.mrmib.ca.gov
Medline Plus	Información sobre atención médica.	1-888-346-3656	www.medlineplus.gov/spanish/ 
My Family Health Portrait (Retrato de salud de mi familia)	Crea un informe personalizado de la historia de salud de su familia.		www.dhhs.gov/familyhistory/spanish/ 

 "ES" después de un número de teléfono o sitio web significa que por lo general hay información en español.

Números telefónicos y sitios web

Recurso	Descripción	Teléfono/TTY	Sitio web
My Health Resource (Mis recursos médicos)	Información sobre cuidados médicos, si usted no tiene seguro.		www.myhealthresource.org
NAMI (Alianza nacional para los enfermos mentales)	Información, defensa y apoyo para las familias con miembros que tengan una condición mental grave. Programas para usuarios de servicios de salud mental.	1-800-950-6264 	www.namicalifornia.org 
National Cancer Institute (Instituto nacional del cáncer)	Información sobre los tratamientos contra el cáncer.	1-800-422-6237 	www.cancer.gov/espanol 
National Guideline Clearinghouse (Centro distribuidor nacional de guías)	Directrices de cuidados para muchas enfermedades.		www.guideline.gov
National Institutes of Health (Institutos nacionales de la salud)	Información sobre varias enfermedades y problemas de la salud.		http://salud.nih.gov 
Oficina del Defensor del Paciente (Office of the Patient Advocate—OPA)	Información sobre la calidad de los servicios de los HMO en California.	1-916-324-6407  1-866-499-0858 (TTY)	www.opa.ca.gov 
Osteoporosis	Información sobre osteoporosis.	1-800-624-2663 	www.osteoporosis.org 
Pharmacy Checker (Comparación de farmacias)	Compare precios de medicamentos.		www.pharmacychecker.com/default_sp.asp 
Poison Action Line (Línea de acción para envenenamientos)	Ayuda de emergencia para víctimas de envenenamiento.	1-800-222-1222 	www.calpoison.org 
Protection & Advocacy (Protección y abogacía)	Información y ayuda legal para personas con discapacidades.	1-800-776-5746 	www.pai-ca.org/espanol/index.htm 
Su Familia	Información sobre temas de salud y ayuda para obtener servicios.	1-866-783-2645 	www.hispanichealth.org/folletos/ 
Tuotro Médico	El sitio web desarrollado en España con información sobre temas de salud.		www.tuotromedico.com 
Uninsured Help Line (Ayuda para personas sin seguros médicos)	Ayuda para encontrar atención médica de bajo costo y gratis.	1-800-234-1317 	www.coverageforall.org
U.S. Department of Labor (Departamento del trabajo)	Información sobre COBRA y HIPAA.	1-866-444-3272 	www.dol.gov/ebsa/faqs

 después de un número de teléfono o sitio web significa que por lo general hay información en español.

Términos Comunes

Término	
área de servicio	Condados o códigos postales a los que da servicio un plan.
beneficio/ beneficio cubierto/ paquete de beneficios	Un servicio que su plan de salud pagará si usted lo necesita. Un paquete de beneficios incluye todos los servicios que cubre un plan.
COBRA/Cal-COBRA	Leyes que ayudan a las personas mantener su plan de salud colectivo (o de grupo). COBRA es la Ley Federal Consolidada de Conciliación de Presupuesto. Cal-COBRA es una ley de California.
copago	Tarifa fija que usted paga cada vez que consulta a un doctor, surte una receta u obtiene otros servicios. Las HMOs suelen cobrar un copago en lugar de un coseguro.
coseguro	Tarifa basada en un porcentaje del costo del servicio. Usted tiene que pagar esta tarifa cada vez que consulta a un doctor, surte una receta u obtiene otros servicios. Las PPOs suelen cobrar un coseguro en lugar de un copago.
deducible anual	Cantidad que usted probablemente tendrá que pagar cada año antes de que su plan comience a pagar.
doctor familiar (doctor de atención primaria)	Su doctor principal, quien le proporciona la mayoría de su atención y le refiere a otros servicios cuando los necesita. A este doctor también se le conoce como su doctor de atención primaria o PCP.
formulario	Lista de medicamentos preferidos de su plan.
grupo médico	Grupo de doctores y otros proveedores que tienen un negocio juntos.
HIPAA	Ley federal que protege su derecho a obtener un plan individual cuando su plan colectivo termina. La HIPAA es la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud. La HIPAA también asesora sobre reglas nacionales para la protección de información sobre la salud personal.
HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud)	Tipo de plan de salud en el cual usted tiene que recibir toda su atención médica de doctores y otros proveedores en la red del plan. HMO significa Health Maintenance Organization.
IMR (Evaluación Médica Independiente)	Evaluación de su caso por doctores que no forman parte de su plan de salud. Si la IMR se decide a su favor, su plan tiene que darle el servicio que usted necesita. IMR significa Independent Medical Review. Vea las páginas 52–53.
medicamento genérico	Medicamento fabricado sin la protección de una patente. Cuando la patente de una compañía para un medicamento termine, otras compañías pueden fabricar el mismo medicamento a precios más bajos.
plan colectivo (o de grupo)	Plan de salud que uno recibe a través de su empleo.
plan individual	Plan de salud que usted compra por sí mismo, de manera individual y no a través de su empleo.
PPO (Organización de Proveedores Preferidos)	Tipo de plan de salud en cual uno puede usar o acudir a proveedores fuera de la red del plan, pero tiene que pagar un costo más alto. PPO significa Preferred Provider Organization.
prima	Cantidad mensual que le cobra su plan de salud.
Prueba de Cobertura (Evidence of Coverage)	Documento que explica lo que su plan de salud cubre y no cubre y las reglas que usted debe seguir para obtener su atención médica.
red	Todos los doctores, grupos médicos, laboratorios, hospitales y otros proveedores que trabajan con un plan de salud o tienen contrato con un plan.
tope máximo anual	El total que usted tiene que pagar cada año por la mayoría de sus servicios.

Índice

► Los números de página que salen en azul tienen más información sobre un tema.

Tópico	Número de página
accesibilidad	26–27
apelación expeditiva/ revisión expeditiva	17
asistencia de idiomas/ servicios de idiomas	9, 14, 24–25
atención médica de bajo costo	6, 14–15, 46
atención médica de un especialista	20, 21, 26, 36–37
autorización previa	5, 7, 20–21, 33, 36, 37, 41, 46, 47
ayuda para las personas discapacitadas/ servicios de la discapacidad	26–27, 54
beneficios/ beneficio cubierto/ paquete de beneficios	6, 8–9, 10, 12, 14, 16, 28–29, 50
calidad del cuidado médico	8, 9, 29, 39
Centro de Ayuda HMO	12, 13, 15, 50, 52–53
Certificado de cobertura acreditable	11
COBRA/Cal-COBRA	10, 11, 13, 61
cobro/cobro de saldo	6, 48, 51, 54
condiciones crónicas	38–39
condiciones pre-existentes	10, 12, 13, 27
continuidad de la atención	19
conversión, plan de	13
copago	7, 9, 33, 43, 61
coseguro	7, 9, 43, 61
costos	4, 6–7, 8, 9, 10, 12, 28, 32, 33, 43, 45, 46
costos del cuidado de hospital	9, 43

Tópico	Número de página
cuidado de emergencia	7, 29, 40–41
cuidado de hospicio	29, 46–47
cuidado de hospital	9, 17, 29, 42–43
cuidado de urgencia	7, 29, 40–41
cuidado en un centro de convalecencia	17, 29, 46–47
cuidado médico en el hogar	17, 29, 46–47
cuidado preventivo	29, 30–31
decisiones de tratamiento/ plan de tratamiento	14, 22–23, 38–39, 49
deducible anual	7, 9, 61
derechos	24, 27, 48–49, 50
Directorio de Proveedores	18, 37, 45
doctor familiar, de atención primaria	4, 5, 18–19, 36, 37, 41, 44, 45, 61
Documento de instrucciones anticipadas sobre tratamiento	47
equipo médico/ materiales médicos	27, 29, 32–33
forma de consentimiento	23, 25
formulario	33, 61
grupo médico	4, 9, 18, 21, 36, 37, 61
HIPAA	12, 13, 61
historia médica/ historia de salud	13, 14, 20, 31
HMO	4–5, 9, 14, 16, 20, 28, 37, 39, 61
IMR, vea Revisión Médica Independiente	21, 52–53, 61
inscripción abierta	11
Interacciones entre medicamentos	34–35

Tópico	Número de página
intérprete médico	24–25, 54
interrupción en la cobertura	11
Medi-Cal	5, 14–15, 24, 44, 53
medicamentos genéricos	7, 32, 33, 61
medicamentos recetados	9, 16, 17, 28, 29, 32–33
Medicare/ Medicare Advantage	5, 7, 16–17, 24, 42, 44, 53
Oficina del Defensor del Paciente (OPA—Office of the Patient Advocate)	2–3
período de espera	11
plan de salud colectivo de grupo	10–11, 12, 13, 61
plan individual	11, 12, 13, 61
PPO	4–5, 9, 16, 20, 28, 37, 61
primas	7, 12, 13, 17, 61
prueba de cobertura	28, 41, 43, 50, 54, 61
pruebas clínicas	22
pruebas de prevención	19, 29, 30–31, 37
queja/apelación	15, 17, 21, 22, 24, 26, 33, 36, 44, 45, 48–53
rechazo de servicios	22
red	5, 7, 9, 33, 37, 40, 43, 61
referencias	4, 5, 7, 19, 20–21, 36, 37, 42, 44, 45, 46, 47, 48–51
referencias continuas	21, 36
reglas para recibir atención médica	4, 6, 41
Reporte de Calidad (del plan de salud)	3, 8, 25, 28, 29, 39, 46
resumen de beneficios y costos	6, 8, 28, 54

Tópico	Número de página
salud mental	9, 14, 29, 44–45
segunda opinión	22, 23, 29
seguridad con los medicamentos	34–35
servicio al cliente	29, 49, 54
servicios de ambulancia	41
servicios de idioma de señas	24–25, 26
vacunas/inmunizaciones	6, 19, 30–31



La Oficina del Defensor del Paciente

www.opa.ca.gov

contactopa@opa.ca.gov

Teléfono: 1-916-324-6407

TTY: 1-866-499-0858

980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814



Health Research for Action de la Universidad de California, Berkeley

Esta guía fue desarrollada para la Oficina del Defensor del Paciente por Health Research for Action. Para más información sobre ésta y otras publicaciones, póngase en contacto con:

www.uchealthaction.org

healthaction@berkeley.edu

Teléfono: 1-510-643-9543

TTY: 1-510-642-9792

2140 Shattuck Avenue, 10th Floor
Berkeley, California 94704-1210

La Oficina del Defensor del Paciente desea agradecer

a los miembros del plan de salud, organizaciones de defensa y asistencia al paciente, planes de salud, y el Centro de Ayuda HMO, por sus contribuciones al desarrollo de esta guía.

Diseño: Rick Wong Design, Emeryville

Créditos de las fotografías de la portada a: © Productions Ltd/Blend Images/Getty Images, © DreamPictures/Jensen Walker/Getty Images, © Blue Jean Images/Getty Images, and © photolibary. Todos los derechos reservados.



www.opa.ca.gov



Centro de Ayuda HMO

1-888-466-2219

Llame las 24 horas al día
para obtener ayuda.