



California's Protection & Advocacy System

Atención administrada de Medi-Cal: Servicios fuera de la red

Actualizado en septiembre de 2017, Pub. N.º 5559.02 - Spanish

1. ¿Qué son los servicios fuera de la red?

Las organizaciones de atención administrada de Medi-Cal (MCO)¹ cuentan con redes de proveedores que incluyen médicos, farmacias, clínicas, laboratorios y hospitales (“proveedores del plan”). Por lo general, para que los servicios estén cubiertos por las MCO, los miembros deben hacer uso de los proveedores del plan al buscar atención médica. En algunos casos, los miembros pueden obtener servicios médicos de proveedores que no formen parte del plan. Se los denomina proveedores “fuera de la red”. Y los servicios que prestan se consideran servicios “fuera de la red”.

2. ¿En qué circunstancias mi MCO pagará por los servicios/proveedores fuera de la red?

Atención de emergencia

Si requiere atención de emergencia, puede recurrir a un proveedor fuera de la red. También puede llamar a la línea de asistencia telefónica de enfermería de la MCO donde tal vez puedan ayudarlo a obtener atención de emergencia u otra alternativa. Una vez en la sala de emergencias, y cuando su condición se haya estabilizado, es posible que lo deriven a un

¹ Los miembros de una MCO eligen a un médico de cabecera a quien deben recurrir en primera instancia. El médico de cabecera puede tratar al miembro o derivarlo a un especialista dentro de la red y, en algunas ocasiones, fuera de la red. ([Volver al documento principal](#))

proveedor dentro de la red para continuar con su tratamiento. Es posible que el servicio de ambulancia también esté cubierto.²

Se considera “emergencia” a toda situación que usted razonablemente considere de urgencia. Es irrelevante si luego se determina que no era una emergencia.

Si está recibiendo servicios fuera de la red al momento de inscribirse en la atención administrada de Medi-Cal.

Si usted se está atendiendo con un proveedor fuera de la red y ahora se le indica que debe inscribirse a una MCO, puede continuar atendiéndose con este proveedor bajo lo que se denomina “continuidad de los cuidados”. Para obtener más información sobre la continuidad de los cuidados, consulte:

- <https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-continuity-of-care>
- http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/MMCDAPLs_andPolicyLetters/APL2014/APL14-021.pdf (Carta a todos los planes del DHCS 15-019)
- <http://www.healthlaw.org/publications/search-publications/medi-cal-managed-care#.WAVWoo3FA3E> (NHeLP: Serie de atención médica administrada en California, Edición 6: Continuidad de los cuidados en atención administrada de Medi-Cal)

Si no hay proveedores dentro de la red

Si necesita servicios que su MCO debe prestar, pero no cuenta con proveedores dentro de su red de proveedores del plan “con experiencia en

² Véase el artículo 1371.5 del Código de Salud y Seguridad de California. ([Volver al documento principal](#))

el tratamiento de las necesidades de atención médica del afiliado”³, usted puede obtener servicios fuera de la red. Por ejemplo, si necesita un especialista, como un neurólogo pediátrico, pero no hay ninguno disponible en la red de su MCO, entonces podrá consultar a uno que no se encuentre en la red. Su MCO debe aprobarlo.

Es posible que esté recibiendo servicios a través de un grupo médico o de un grupo de médicos y otros proveedores en una asociación de práctica individual (IPA). Es posible que la IPA o el grupo médico haya contratado a la MCO para prestarle servicios. También es posible que el grupo haya asumido parte del riesgo financiero que conlleva prestarle la atención. Usted no debería limitarse a los proveedores del grupo. Debería poder consultar a un proveedor de una MCO fuera del grupo médico o IPA sin que se considere fuera de la red.

3. ¿Qué ocurre si mi MCO y yo no estamos de acuerdo en cuanto a mi necesidad de consultar a un tipo de especialista en particular?

Si existe desacuerdo en cuanto a su necesidad de consultar a un tipo de especialista en particular o a un especialista con experiencia en sus necesidades de atención, puede pedir una segunda opinión a un “profesional de la salud calificado:” un médico de cabecera o especialista con antecedentes clínicos relevantes, lo que incluye capacitación pertinente y experiencia práctica.⁴

4. Escuché que algunos servicios están “excluidos” del plan de la MCO. ¿Qué significa?

Es posible que una MCO no preste algunos servicios ya que los presta otro organismo. Estos servicios se consideran beneficios “excluidos” o no cubiertos por la MCO. Si bien la MCO no está obligada a prestar dichos

³ CFR, título 42, artículo 438.56(d)(2)(i). Las justificaciones de bajas con causa de la reglamentación federal de atención administrada de Medicaid también sientan las bases para hacer valer el derecho a la atención fuera de la red a fin de recibir servicios de un especialista con experiencia en el tratamiento de las necesidades de atención médica del afiliado. ([Volver al documento principal](#))

⁴ Artículo 1383.15(b) del Código de Salud y Seguridad de California ([Volver al documento principal](#))

servicios, el programa Medi-Cal continúa teniendo la responsabilidad de hacerlo. La MCO también tiene la responsabilidad de ayudarlo a obtener los servicios excluidos que usted necesite. El servicio excluido se lo prestará un proveedor que no se encuentra en la MCO y que acepte Medi-Cal. Dependiendo de lo que cubra su MCO, los servicios excluidos pueden incluir servicios a través de Servicios para los Niños de California (CCS), servicios especializados de salud mental⁵, odontológicos, oftalmológicos y otros para tratar trastorno por abuso de sustancias: es decir, problemas de alcohol y consumo de drogas. Para acceder a estos servicios, pida ayuda a su MCO o póngase en contacto con nosotros.

5. ¿Qué puedo hacer si mi MCO rechaza mi solicitud de servicio/proveedor fuera de la red?

Si su MCO rechaza su solicitud para consultar a un proveedor fuera de la red, usted tiene varias opciones.

Presentar un reclamo

Puede presentar un reclamo ante su MCO en cualquier momento. Consulte a su MCO acerca del procedimiento para hacerlo. Si su problema es urgente (una amenaza seria a su salud), su MCO deberá darle una respuesta en 72 horas. Si no es urgente, su MCO tiene 30 días para tomar una decisión. Para obtener más información, lea la siguiente publicación de Disability Rights California:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-health-plans-what-are-they-what-do-i-need-to-know-about-them>

⁵ Consulte <https://www.disabilityrightsca.org/publications/specialty-mental-health-services-through-a-county-mental-health-plan> para obtener más información sobre servicios especializados de salud mental. Para conocer los servicios de salud mental que presta su MCO, consulte: <http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/MMCDAPLsandPolicyLetters/APL2013/APL13-018.pdf> “ (Volver al documento principal)

Presente una apelación

Puede presentar una apelación ante su MCO. Para obtener más información, lea la siguiente publicación de Disability Rights California:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-health-plans-what-are-they-what-do-i-need-to-know-about-them>

Pedir ayuda al Departamento de Atención Médica Administrada

Antes de presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Médica Administrada, debe presentar una queja o una apelación ante su MCO. En la mayoría de los planes de MCO, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) al (888) 466-2219 o al TDD: (877) 688-9891 en el caso de no estar satisfecho con la decisión de su MCO o si no ha recibido una respuesta a un problema urgente en 3 días (o 30 días si se trata de un problema no urgente).

También consulte:

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx#.WBJ8JY3FA3E>

Además, puede comunicarse con el Centro de Ayuda del DMHC al 1 (888) 466-2219. Para obtener más información, lea la siguiente publicación de Disability Rights California:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-health-plans-what-are-they-what-do-i-need-to-know-about-them>

Solicitar una revisión médica independiente

Puede solicitarle al DMHC una revisión médica independiente (IMR). Esta es una manera de obtener una revisión médica independiente y externa en caso de que su plan médico niegue, modifique o retrase la prestación de los servicios correspondientes a una necesidad médica. Para obtener más información, lea la siguiente publicación de Disability Rights California:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-an-independent-medical-review-imr-can-change-a-plans-no-to-yes>

Es muy importante que revise las publicaciones de DRC acerca de las revisiones médicas independientes y el plazo para presentar una IMR y una solicitud de audiencia imparcial.

Solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal

A partir del 1 de julio de 2017, las nuevas normas federales les exigen a los afiliados de MCO que agoten los procedimientos de quejas de su plan *antes* de solicitar una audiencia imparcial. Esto significa que, si no está conforme con la decisión que tomó su MCO, primero debe presentar una apelación ante él. Debe solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal dentro de los 120 días calendario posteriores a recibir la notificación de resolución de la apelación. Para solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal, comuníquese con la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales al número gratuito (800) 952-5253 o TDD al (800) 952-8349. También puede enviar su apelación por fax al (916) 651-2789. Para obtener más información, lea la siguiente publicación de Disability Rights California:

<https://www.disabilityrightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-health-plans-what-are-they-what-do-i-need-to-know-about-them>

Cambiar de plan

Cambiar de plan puede ser una manera de conseguir a un profesional de la salud capaz de abordar sus necesidades médicas. Antes de hacerlo, asegúrese de que la MCO que desea o a la que está considerando cambiarse tenga al proveedor o los proveedores que necesita.

Nota: Si no tiene acceso a internet, comuníquese con Disability Rights California al 800 776-5746, línea TTY: 800 719-5798, para obtener copias de cualquiera de las publicaciones a las que se hace referencia aquí.

[¡Queremos escucharlo! ¡Complete la siguiente encuesta sobre nuestras publicaciones y déjenos su opinión sobre lo que estamos haciendo!
https://docs.google.com/forms/d/1d6ezTI2M5UMAWU66exLbc1SQ9wDPzvtuS3AGR4-cgwE/viewform?c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/1d6ezTI2M5UMAWU66exLbc1SQ9wDPzvtuS3AGR4-cgwE/viewform?c=0&w=1)

Para obtener asistencia legal, llame al 800-776-5746 o complete el [formulario de solicitud de asistencia](#). Por otras cuestiones, llame al 916-504-5800 (norte de CA); 213-213-8000 (sur de CA).

*Disability Rights California cuenta con el patrocinio de varias instituciones.
Para ver la lista completa de patrocinadores, visite*
<http://www.disabilityrightsca.org/Documents/ListofGrantsAndContracts.html>