



# Community Health Alliance<sup>SM</sup>

(Alianza de Salud Comunitaria)

## Bienvenidos a Community Health Alliance

Community Health Alliance, una organización de médicos del hospital (PHO Physician Hospital Organization - Organización de Médico y Hospital), una red de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud seleccionados quienes se han unido en una manera cooperativa para controlar el costo de cuidados de salud, mientras aseguran la calidad de servicios provistos.

Community Health Alliance es una asociación de propiedad local entre hospitales y médicos. No es una agencia o compañía de seguros. En cambio, es una red de proveedores de servicios de salud que han formado parte del plan de beneficio de su empleador.

Los médicos y otros proveedores en este directorio participaron en la red de Community Health Alliance al momento de hacer esta publicación. Porque a veces se añaden o remueven los nombres de los proveedores de la red, por favor verifique si su proveedor aún participa en la red antes de darle tratamiento. Para verificar si un médico, hospital o servicio es parte de CHA Network, llame a:

### Community Health Alliance Member Services

(574) 647-1820 ó 1-888-689-2242

[www.chanetwork.com](http://www.chanetwork.com)

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE COMMUNITY HEALTH ALLIANCE, VISITE EL SITIO WEB EN LA DIRECCIÓN MENCIONADA ARRIBA

**PARA PREGUNTAS SOBRE ELEGIBILIDAD, PRE-CERTIFICACIÓN, CUBERTURA O EXCLUSIONES A SU PAQUETE DE BENEFICIOS, COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE BENEFICIOS O AL NÚMERO DE TELÉFONO ELEGIBILIDAD Y BENEFICIOS EN SU TARJETA DE SEGUROS.**

Al elegir un proveedor de este directorio, usted puede aprovechar al máximo sus beneficios bajo su plan de salud. Sin embargo, si usted prefiere elegir a un proveedor que no tiene contrato con Community Health Alliance, puede hacerlo con un gasto de su propio bolsillo más alto y podría limitar sus beneficios. Además, SIEMPRE HAGA REFERENCIA A SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA cuya contiene información importante y un número de teléfono para el la pre-certificación apropiada para su plan de seguros. Su plan de beneficio resumirá cuáles servicios necesitan ser pre-certificado.

Los proveedores de CHA en la red han alcanzado un riguroso reconocido para participar en esta red. No obstante, los proveedores mismos, no CHA, son solamente responsables para el cuidado médico y el tratamiento que proveen.

## TITLE

Ambulance Service = Servicios de Ambulancia  
Anesthesiology = Anestesiología  
Behavioral Health = Salud de la Conducta/del Comportamiento  
Cardiac Outpatient Telemetry = Telemetría de Paciente Externo Cardíaco  
Cardiovascular Services = Servicios Cardiovasculares  
Cath Lab = Laboratorio de Cateterización  
Custom Seating & Molding = Asiento Moldeado a la Medida  
Diagnostic = Diagnóstico  
Durable Medical Equipment = Equipo Médico Durable  
Emergency Medicine = Medicina de Emergencias  
Home Care = Atención Domiciliaria  
Hospice = Hospicio  
Infusion Center = Centro de Infusión  
IV Therapy = Terapia Intravenosa  
Laboratory = Laboratorio  
Laboratory/Dermatology = Laboratorio/Dermatología

Long Term Care = Atención a Largo Plazo  
LT Care - Skilled Nursing = Atención a Largo Plazo - Enfermería Especializada  
MRI Center = Centro de Resonancia Magnética  
Orthotic/Prosthetic = Ortótica/Prostética  
Orthotic/Prosthetics - Pediatric = Ortótica/Prostética – Pediátrica  
Pain Management = Manejo del Dolor  
Pharmacy = Farmacia  
Physician Group = Grupo Médico  
Radiology = Radiología  
Rehabilitation = Rehabilitación  
Sleep Lab = Laboratorio del Sueño  
Specialty Clinic = Clínica Especializada  
Surgery Center = Centro de Cirugía  
Urgent Care = Atención Inmediata  
Women's Health Services = Servicios de la Salud de la Mujer

## SPECIALTIES

Family Practice = Práctica Familiar  
Nurse Practitioner = Enfermera Practicante  
Nurse Practitioner/Family = Enfermera Practicante/de Familia  
Cardiology = Cardiología  
Chiropractic = Quiropráctico  
Endocrinología = Endocrinología  
Nurse Prac./Womens Health = Enfermero Practico/Salud de la Mujer  
Cardiac Surgery = Cirugía Cardíaca  
Physiatry = Fisiatría  
Clinical Social Worker = Asistente Social Clínico  
Radiation Oncology = Radiología Oncológica  
Rheumatology = Reumatología  
Urology = Urología  
Gastroenterology = Gastroenterología  
Physical Med & Rehab = Medicina Física & Rehabilitación  
Podiatry = Podiatría  
Pulmonary Medicine = Medicina Pulmonar  
Pediatrics = Pediatría  
Family Practice/Geriatric = Práctica Familiar/Geriátrica  
Mental Health Counselor = Consejero de Salud Mental  
Cardiac Electrophysiology = Electrofisiología Cardíaca  
Cardiology/Interventional = Intervención Cardiológico  
Hematology/Oncology = Hematología/Oncología  
Internal Medicine = Medicina Interna  
Maternal Fetal Medicine = Medicina Materno Fetal  
Obstetrics & Gynecology = Ginecología & Obstétrica  
Orthopaedic Surgery = Cirugía Ortopédica  
Orthopaedics = Ortopedia  
Surgery = Cirugía  
Allergy/Immunology = Alergia/Inmunología  
Neonatology = Neonatología  
Neonatology/Perinatology = Neonatología/Perinatología  
Nurse Practitioner/Adult = Enfermera Practicante/de Adulto  
Nephrology = Nefrólogo  
Anesthesiology/Pain Mgmt = Anestesiología/Tratamiento del Dolor  
Colon & Rectal Surgery = Cirugía Colorectal  
General Practice = Medicina General  
Ophthalmology = Oftalmología  
Dermatology = Dermatología  
General & Vascular Surgery = Cirugía General & Vascular  
Neurology = Neurología

Neurosurgery = Neurocirugía  
Occupational Medicine = Medicina Ocupacional  
Psychiatry = Psiquiatría  
Psychology = Psicología  
Fam Prac/OB = Práctica Familiar/Obstetricia  
Nuclear Medicine = Medicina Nuclear  
Physician Assistant = Asistente Médico  
Adolescent Medicine = Medicina para Adolescente  
Clinical Nurse Specialist = Enfermera Clínica Especialista  
Clinical Pharmacology = Farmacología Clínica  
Endocrinology/Reprod. = Endocrinología/Reproducción  
Dermatology/Pathology = Dermatología/Patología  
Infectious Disease = Enfermedades Infecciosas  
Ophthalmic Plastic Surgery = Cirugía Plástica Oftálmica  
Otolaryngology = Otorrinolaringólogo  
Pediatrics/Developmental = Pediatría/Desarrollo  
Transplant Surgery = Cirugía de Transplante  
Cardiovascular Surgery = Cirugía Cardiovascular  
Facial Plastic Surgery = Cirugía Plástica Facial  
Physical Therapy = Terapia Física  
Orthopedic/Sports Med = Ortopédica/Medicina Deportiva  
Otolaryngology = Otorrinolaringólogo  
Plastic Surgery = Cirugía Plástica  
Plastic & Hand Surgery = Cirugía Plástica y de la Mano  
Nurse Midwife = Enfermera Matrona  
Cardiothoracic Surgery = Cirugía Cardiotorácica  
Thoracic & Vascular Surgery = Cirugía Torácica & Vascular  
Gynecologic Oncology = Oncología Ginecológica  
Optometry = Optometría  
Surgical Assistant = Asistente Quirúrgico  
Surgical Technologist = Técnico Quirúrgico  
Critical Care/Pulmonary = Cuidado Intensivo/Pulmonar  
Psychiatry/Chile-Adolescent = Psiquiatría para Niños-Adolescentes  
Marriage & Family Therapy = Terapia Matrimonial y Familiar  
Neuropsychologist = Neuropsicólogo  
Neonatology/Psychology = Neonatología/Psicología  
Behavioral Medicine = Medicina Conductual

# Community Health Alliance

## Contenidos

|   |     |
|---|-----|
| Listado de Condados. . . . .  | 1   |
| Hospitales de la Red (Indiana y Michigan). . . . .                    | 4   |
| Listado en orden alfabético   |     |
| Centros para Excelencia. . . . .                                      | 8   |
| Listado en orden alfabético   |     |
| Servicios Auxiliares. . . . .   | 9   |
| Listado en orden alfabético por tipo de instalaciones                 |     |
| Proveedores en Indiana. . . . .                                       | 22  |
| Listado en orden alfabético por ciudad                                |     |
| Proveedores en Michigan. . . . .                                      | 154 |
| Listado en orden alfabético por ciudad                                |     |
| Proveedores de Salud Conductual/del Comportamiento. . . . .           | 177 |
| Listado en orden alfabético por Estado, luego Ciudad y Especialidad   |     |
| Listado en Orden Alfabético de los Proveedores. . . . .               | 207 |
| Incluyen Ciudad, Número de Teléfono, Especialidad y Lengua Extranjera |     |

Formulario de Petición de Proveedores

Community Health Alliance = Alianza de Salud Comunitaria

County Listing = Listado de Condado

Hospital Listing = Listado de Hospital

Ancillary Provider Listing = Listado de Proveedor Auxiliar

Provider Directory = Directorio del Proveedor

Behavioral Health Provider Directory = Directorio del Proveedor de Salud Conductual/del Comportamiento

Alphabetical Listing = Listado en Orden Alfabético

Notes = Notas

Además de las instalaciones en Indiana y Michigan, CHA tiene contratos con los siguientes Centros para Excelencia. Debido al volumen de gran tamaño de proveedores en estas instalaciones. CHA no coloca estos proveedores en la lista individualmente dentro de este directorio.

Usted puede ver la lista de los proveedores individualmente vinculados con la instalación accediendo sus respectivas páginas Web

Cleveland Clinic

<http://www.clevelandclinic.org>

La Rabida Children's Hospital & Research

<http://www.larabida.org>

University of Chicago Hospital & Physicians

<http://www.uchospitals.edu>

CHA depende de estos centros manteniendo las páginas Web al día y no es responsable por ningún proceso de reclamo como fuera de la red, debido de que el proveedor de las organizaciones o la información no está exacta.

# Community Health Alliance

3355 Douglas Rd., Suite 300 \* South Bend, IN 46635 \* 574-647-1820 ó 1-888-689-2242 \* Fax 574-647-1825

## FORMULARIO DE PETICIÓN DE PROVEEDORES

Fecha: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Empleado haciendo Petición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: *Calle* \_\_\_\_\_ *Ciudad* \_\_\_\_\_ *Estado* \_\_\_\_\_ *Código Postal* \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_ **ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_  
Dirección: *Calle* \_\_\_\_\_ *Ciudad* \_\_\_\_\_ *Estado* \_\_\_\_\_ *Código Postal* \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

## PARA USO DEL EMPLEADOR SOLAMENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Empleado a Contactar: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Empleado: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Número de Empleados en el Grupo: \_\_\_\_\_  
Nombre del Agente (Si Procede): \_\_\_\_\_  
Terceros Administradores/Pagador/Nombre del Asesor (Si Procede): \_\_\_\_\_

## PARA USO INTERNO

**DÍA QUE RECIBÍÓ LO PEDIDO:** \_\_\_\_\_  
**INFORMACIÓN DE RASTREO:** \_\_\_\_\_

¿SE CONTRATÓ A UN PROVEEDOR? SÍ / NO  
EN CASO AFIRMATIVO, A PARTIR DEL: \_\_\_\_\_  
SI NO, ¿ESTÁ EXPLICADO? \_\_\_\_\_

**FECHA Y MANERA EN QUE SE LE NOTIFICO AL CLIENTE DEL RESULTADO:** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE DE RELACIONES DEL PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_