

2025



Guía para Miembros

CalOptima Health OneCare Flex Plus (H5433-003)

(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan *Guía para miembros*

1.º de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

Su cobertura de salud y medicamentos de CalOptima Health OneCare Flex Plus

Introducción de la *Guía para miembros*

Esta *Guía para miembros*, también conocida como *Evidencia de Cobertura*, le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos recetados y los servicios y apoyo a largo plazo. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el **Capítulo 12** de la *Guía para miembros*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Guía para miembros* aparece “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa CalOptima Health OneCare Flex Plus.

Este documento está disponible gratis en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino y árabe.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille, y/o audio. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

También puede solicitar recibir los materiales en otros idiomas y/o en formatos alternativos de manera permanente:

- Otros documentos están disponibles en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino o árabe.
- Los formatos alternativos disponibles son letra grande, braille, datos en disco compacto CD o audio.
- Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
- Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Aprobación OMB 0938-1444 (Vence: 30 de junio de 2026)



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y dispositivos y servicios auxiliares

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. These services are free of charge.

(Arabic) العربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.**

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电
1-877-412-2734 (TTY 711)。我们另外还提供针对残疾人士的
帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电
1-877-412-2734 (TTY 711)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意:如果您需要以您的語言獲得幫助,請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

(Farsi) فارسی

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با
1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه های خط بریل و چاپ با
حروف بزرگ, نیز موجود است. با **1-877-412-2734 (TTY 711)**
تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર
કોલ કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને
સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો:
1-877-412-2734 (TTY 711). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो
1-877-412-2734 (TTY 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के
लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं।
1-877-412-2734 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al
1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite
www.caloptima.org/OneCare.

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh OC.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

розміром тексту. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (телетайп 711)**. Ці послуги надаються безкоштовно.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

اردو ٹیگ لائن (Urdu)

توجہ: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**. معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

Otros idiomas

Puede obtener esta *Guía para miembros* y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno. CalOptima Health OneCare Flex Plus proporciona traducciones escritas de traductores calificados. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Consulte la *Guía para miembros* para obtener más información sobre los servicios de ayuda con el idioma para la atención médica, como los servicios de interpretación y traducción.

Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, en letra grande de 20 puntos, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita.

Servicios de interpretación

CalOptima Health OneCare Flex Plus ofrece servicios de interpretación oral, lo cual incluye lenguaje de señas estadounidense, de un intérprete calificado, las 24 horas del día y sin costo alguno para usted. No es necesario que un familiar o amigo sea su intérprete. Desaconsejamos pedir a menores de edad que realicen la interpretación, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles de forma gratuita. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

idioma o para recibir la *Guía para miembros* en otro idioma, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Índice de contenido

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro.....	12
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes.....	25
Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos.....	47
Capítulo 4: Tabla de beneficios.....	72
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.....	160
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal.....	184
Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos.....	197
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades.....	205
Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	224
Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	273
Capítulo 11: Avisos legales.....	284
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes.....	288



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Descargos de responsabilidad

- ❖ CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare Flex Plus depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health OneCare Flex Plus cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**.
- ❖ El beneficio de alimentos de CalOptima Health OneCare Flex Plus es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Para utilizar el beneficio de alimentos, los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus deben tener una o más enfermedades crónicas comórbidas y médicamente complejas que pongan en peligro la vida o limiten significativamente la salud o las funciones generales del miembro. Las enfermedades elegibles incluyen, entre otras, trastornos cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar crónica o enfermedad renal en fase terminal. Aunque el miembro padezca una enfermedad crónica, no necesariamente obtendrá el beneficio de alimentos. Recibir el beneficio de alimentos depende si el miembro tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para su salud y necesite una coordinación de cuidados intensivos.
- ❖ La cobertura bajo CalOptima Health OneCare Flex Plus es una cobertura de salud elegible llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CalOptima Health OneCare Flex Plus, un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y coordina todos sus servicios de Medicare y Medi-Cal, así como su afiliación del plan. También se le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Índice de contenido

A. Bienvenido a nuestro plan	14
B. Información sobre Medicare y Medi-Cal	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	14
C. Ventajas de nuestro plan	15
D. Área de servicio de nuestro plan	16
E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan	16
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	16
G. Su equipo de atención médica y plan de atención	18
G1. Equipo de atención médica	18
G2. Plan de atención	18
H. Sus costos mensuales por CalOptima Health OneCare Flex Plus	19
H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare	19
I. Guía para miembros	19
J. Otra información importante que recibe de nosotros	20
J1. Su tarjeta de identificación de miembro	20
J2. Directorio de proveedores y farmacias	22
J3. Lista de medicamentos cubiertos	23
J4. Explicación de beneficios	23
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía	24
K1. Confidencialidad de la información médica personal	24



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan brinda servicios de Medicare y Medi-Cal a personas que son elegibles para ambos programas. Incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de atención personal y equipos para la atención médica para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.

Como miembro de CalOptima Health OneCare Flex Plus, usted tiene acceso a una de las redes de proveedores más grandes del condado de Orange. Esto significa que tiene acceso a más hospitales, médicos y especialistas. CalOptima Health OneCare Flex Plus coordina sus beneficios de Medicare y Medi-Cal a través de un solo plan.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y los costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos no cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo manejar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Medicare y el estado de California aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre que:

- elijamos ofrecer el plan **y**
- Medicare y el estado de California nos permitan continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y Medi-Cal no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos recetados. **No paga un monto adicional para unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen mejor en conjunto para usted. Entre algunas de las ventajas se incluyen las siguientes:

- Podemos ayudarle con la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de atención médica que usted ayuda a formar. Su equipo de atención médica puede incluirlo a usted, a su cuidador, médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de atención personal. Esta es una persona que colabora con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención médica para ayudarle a desarrollar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención médica y coordinador de atención personal.
- Su equipo de atención médica y coordinador de atención personal colaboran con usted para desarrollar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención médica ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención médica se asegura de lo siguiente:
 - Sus médicos conocen todos los medicamentos que toma para que pueda asegurarse de que está tomando los medicamentos correctos y reducir los efectos secundarios que pueda tener a causa de estos.
 - Los resultados de su prueba se comparten con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus: en la mayoría de los casos, será inscrito en CalOptima Health OneCare Flex Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Flex Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima Health OneCare Flex Plus. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye el condado de Orange, California.

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No puede permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Consulte el **Capítulo 8** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Qué lo hace elegible para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre y cuando:

- resida en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas residan en el área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella) **y**
- tenga 21 años o más en el momento de la inscripción **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente en los Estados Unidos **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde su elegibilidad de Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de seis (6) meses, entonces aún es elegible para nuestro plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se une a nuestro plan por primera vez, recibirá una evaluación de riesgos de salud (health risk assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de inscripción.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si nuestro plan es nuevo para usted, puede seguir acudiendo a los médicos que utiliza ahora durante un plazo determinado, incluso si no están en nuestra red. Esto es conocido como la continuación de atención. Si no están en nuestra red, puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el momento de la inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted, su representante o su proveedor nos solicitan que le permitamos seguir usando su proveedor actual.
- Establecemos que tenía una relación existente con un proveedor de atención médica primaria (médico general) o especializado, con algunas excepciones. Cuando mencionamos “relación existente”, significa que acudió a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en nuestro plan.
 - Determinamos una relación existente al revisar su información de salud disponible o la información que nos brinda.
 - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida y debemos responder en 15 días. Puede llamar al **1-877-412-2734 (TTY 711)** para presentar su solicitud. Si existe un riesgo de daño, debemos responder en un plazo de 3 días.
 - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.

Aviso: Puede realizar esta solicitud para proveedores o equipo médico duradero (DME) durante al menos 90 días hasta que autorizamos un nuevo alquiler y un proveedor de nuestra red entregue el equipo. Aunque no puede hacer esta solicitud para proveedores de transporte u otros proveedores auxiliares, sí puede realizar una solicitud para servicios de transporte u otros servicios auxiliares que no estén incluidos en nuestro plan.

Después de que finaliza el plazo de la continuación de atención, tendrá que acudir a médicos y otros proveedores en la red de CalOptima Health OneCare Flex Plus que estén afiliados al plan de salud de su médico general, a menos que lleguemos a un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

trabaja con un plan de salud. Un plan de salud es un grupo de médicos y hospitales que contrata con CalOptima Health OneCare Flex Plus para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros. Consulte el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo obtener la atención que necesita.

G. Su equipo de atención médica y plan de atención

G1. Equipo de atención médica

Un equipo de atención médica puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención médica puede incluir a su médico, un coordinador de atención personal u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención personal es una persona capacitada para ayudarle a manejar la atención que necesita. Cuando se inscribe en nuestro plan obtiene un coordinador de atención personal. Esta persona también lo refiere a otros recursos de la comunidad que quizá nuestro plan no proporcione y trabaja con su equipo de atención médica para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que figuran al pie de la página para obtener más información sobre su coordinador de atención personal y equipo de atención médica.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención médica colabora con usted para desarrollar un plan de atención. Un plan de atención les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades médicas, de salud del comportamiento, LTSS y otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- un plan de atención por escrito que se desarrolla después de evaluar sus necesidades de atención médica y social, que refleja los servicios que recibirá para alcanzar y mantener su óptimo bienestar físico, mental y social;
- sus objetivos de atención médica; **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de que le hayan realizado la HRA. Hablan con usted sobre los servicios que necesita. También le informan acerca de los servicios que quizás desee considerar obtener. Su plan de atención se desarrolla en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de atención médica colabora con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

H. Sus costos mensuales por CalOptima Health OneCare Flex Plus

Nuestro plan no tiene una prima mensual del plan.

H1. Monto del pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una factura de su plan por los medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que le quedan al año.

En el **Capítulo 2** se habla del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se mencionan en el **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Guía para miembros

La *Guía para miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar una *Guía para miembros* llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página. También puede consultar la *Guía para miembros* en nuestro sitio web en la dirección que figura al pie de la página.

El contrato está vigente durante los meses que esté inscrito en nuestro plan entre el 1.º de enero de 2025 y 31 de diciembre de 2025.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Recuerde que necesita su tarjeta de Medi-Cal o Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para tener acceso a los siguientes servicios:

- Servicios dentales de Medi-Cal
 - Medi-Cal (a través del Programa Medi-Cal Dental) cubre algunos servicios dentales.
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Medi-Cal Dental al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en <https://www.dental.dhcs.ca.gov> o <https://smilecalifornia.org/>.
- Servicios de salud del comportamiento
 - Los servicios de salud mental no especializados (Non-specialty mental health services, NSMHS) son cubiertos por CalOptima Health, mientras que los servicios de salud mental especializados (specialty mental health services, SMHS) son cubiertos por el plan de salud mental de la Agencia de atención médica del condado de Orange (Orange County Health Care Agency, OCHCA).
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los servicios de salud del comportamiento, llame a la línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health al **1-855-877-3885** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Servicios de apoyo en el hogar (In Home Supportive Services, IHSS)
 - Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre los Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), llame a la Agencia de servicios sociales del condado de Orange al 1-714-825-3000 o 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (de forma electrónica o impresa) llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página. Se le enviará por correo una solicitud del directorio impreso en un plazo de tres (3) días hábiles.

También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en la dirección que figura al pie de la página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de todos los planes de salud, médicos generales, especialistas, clínicas, hospitales y farmacias que participan con CalOptima Health OneCare Flex Plus.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores de la red incluyen:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar.
- Salvo a una emergencia, debe surtir sus medicamentos recetados en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan las pague.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página para obtener más información. Tanto Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”. Le informa qué medicamentos recetados cubre nuestro plan.

La *lista de medicamentos* también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información.

Cada año, le enviamos información sobre cómo tener acceso a la lista de medicamentos, pero podríamos realizar algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que figura al pie de la página.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)*.

La EOB le informa la cantidad total que usted, u otros en su nombre, gastaron en sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare durante el mes. La no es una factura. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* se brinda más información sobre la EOB y cómo le ayuda a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar una EOB. Para obtener una copia, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Puede mantener actualizado su registro de membresía avisándonos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tengamos su información correcta en nuestros registros. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos recibe y cuánto le cuestan.**

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, o el empleador de su pareja de hecho o compensación de trabajadores;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico;
- ingreso a un centro de enfermería especializada o un hospital;
- atención médica recibida en un hospital o sala de emergencia;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica.

(Aviso: No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que participe o del que forme parte, pero le alentamos a que lo haga).

Si cambia alguna información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.

K1. Confidencialidad de la información médica personal

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la confidencialidad de su PHI. Protegemos su PHI. Consulte el **Capítulo 8** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención personal y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Índice de contenido

A. Servicios para miembros.....	27
B. Su coordinador de atención personal.....	30
C. Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)	32
D. Línea directa de ayuda de enfermería	33
E. Línea directa de crisis de salud del comportamiento	34
F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO).....	35
G. Medicare.....	36
H. Medi-Cal	37
I. La oficina del Ombudsman de atención médica administrada y de salud mental de Medi-Cal.....	38
J. Servicios sociales del condado	39
K. Agencia de servicios de salud mental del condado	40
L. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados	41
L1. Ayuda adicional	41
L2. El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	42
M. Seguro Social.....	43
N. Junta de ferroviarios jubilados (RRB)	44
O. Otros recursos	45
P. Programa Medi-Cal Dental	46



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

A. Servicios para miembros

LLAME AL	1-877-412-2734. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
CORREO ELECTRÓNICO	OneCarecustomerservice@caloptima.org
SITIO WEB	www.caloptima.org/OneCare

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión con respecto a:
 - sus beneficios y servicios cubiertos
 - la cantidad que pagamos por sus servicios médicos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las decisiones de cobertura.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* o llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja de nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor incluido en nuestro plan. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) (consulte la página 35 de la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-877-412-2734** (TTY **711**).
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la página 28 de la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante el Programa de Ombuds (defensor del pueblo) de Medicare Medi-Cal si llama al 1-855-501-3077.
 - Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos cubiertos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión acerca de:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos ●
 - la cantidad que pagamos por sus medicamentos



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta sin receta médica (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.
- Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una apelación de sus medicamentos recetados.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la página 29 de la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una queja de sus medicamentos recetados.
- Pago de atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió.
 - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros*.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

B. Su coordinador de atención personal

Un coordinador de atención personal de CalOptima Health OneCare Flex Plus es la persona principal con la que se puede comunicar. Esta persona ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que obtenga lo que necesita.

LLAME AL	1-877-412-2734. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
CORREO ELECTRÓNICO	OneCarecustomerservice@caloptima.org
SITIO WEB	www.caloptima.org/OneCare

Comuníquese con su coordinador de atención personal para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre los beneficios dentales
- preguntas sobre el transporte a citas médicas
- preguntas sobre los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los cuales incluyen los servicios para adultos en la comunidad (CBAS) y centros de enfermería (NF).
- preguntas sobre los Servicios de apoyo en la comunidad



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Es posible que pueda obtener estos servicios:

- servicios para adultos en la comunidad (CBAS)
- atención de enfermería especializada
- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia del habla
- servicios sociales médicos
- cuidado de salud en el hogar
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) a través de la agencia de servicios sociales del condado
- a veces, puede recibir ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades cotidianas
- apoyo en la comunidad
- Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

C. Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)

El Programa estatal de asistencia de seguro de salud (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En California, el SHIP es conocido como el Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarlo a comprender cómo resolver su problema. HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

HICAP no está afiliado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-800-434-0222 o 1-714-560-0424 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m.
TTY	1-800-735-2929 o 711. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
CORREO ELECTRÓNICO	help@coasc.org
SITIO WEB	https://www.coasc.org/programs/hicap/

Comuníquese con HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento **y**
 - solucionar problemas con sus facturas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

D. Línea directa de ayuda de enfermería

La Línea directa de ayuda de enfermería le da acceso a una enfermera titulada (RN) para ayudarle con preguntas que tenga sobre sus inquietudes médicas. Puede comunicarse con la Línea directa de ayuda de enfermería con preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	1-844-447-8441. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	1-844-514-3774. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare.**

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

E. Línea directa de crisis de salud del comportamiento

Si está experimentando una emergencia potencialmente mortal, llame al **911**.

Si está experimentando una crisis de salud del comportamiento, llame a:

LLAME AL	OC Links 1-855-625-4657. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la línea directa de crisis de salud del comportamiento para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias
- Si cree que no está en crisis y tiene preguntas generales sobre los servicios de salud del comportamiento y abuso por consumo de sustancias, llame a la Línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health al **1-855-877-3885** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Consulte la página 40 de la **Sección K** si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental de su condado.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta, LLC. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de las personas inscritas en Medicare. Livanta, LLC no está afiliado con nuestro plan.

LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	Livanta, LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
CORREO ELECTRÓNICO	Communications@Livanta.com
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en

Comuníquese con Livanta, LLC para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - piensa que su estadía en el hospital es demasiado breve, o
 - cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) son demasiado breves.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

G. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de enfermería especializada, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y de atención para enfermos desahuciados . Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También cuenta con documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarle a visitar este sitio web usando su computadora. O, puede llamar a Medicare al número mencionado arriba e indicarles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y repasarán la información con usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

H. Medi-Cal

Medi-Cal es el programa de Medicaid de California. Este es un programa de seguro de salud público que proporciona los servicios de atención médica necesarios para personas de bajos ingresos, incluidas familias con niños, personas mayores, personas con discapacidades, niños y jóvenes bajo crianza temporal, y mujeres embarazadas. Medi-Cal está financiado por fondos del gobierno estatal y federal.

Los beneficios de Medi-Cal incluyen servicios médicos, dentales, de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

Usted está inscrito en Medicare y en Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame a su coordinador de atención personal del plan. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health.

LLAME AL	1-888-587-8088 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m.
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
SITIO WEB	www.caloptima.org



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

I. La oficina del Ombudsman de atención médica administrada y de salud mental de Medi-Cal

La oficina del Ombudsman (defensor del pueblo) trabaja como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. La oficina del Ombudsman también puede ayudarle con problemas de servicio o facturación. No está afiliada a nuestro plan ni con cualquier otra compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-888-452-8609 Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

J. Servicios sociales del condado

Si necesita ayuda con sus beneficios de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), comuníquese con la Agencia de servicios sociales de su condado local. Los IHSS incluyen una amplia variedad de servicios para satisfacer sus necesidades individuales y ayudarlo a vivir de manera segura en su hogar. Para recibir el beneficio de IHSS, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa para calificar para los IHSS. Los siguientes son algunos de los servicios que brindan los IHSS que pueden estar disponibles para usted:

- limpieza doméstica y pesada, preparación de comidas, lavandería, compras razonables y mandados
- servicios de cuidado personal, como alimentación, baño, cuidado del intestino y la vejiga, vestirse y otros servicios
- asistencia con el transporte para citas médicas y servicios relacionados con la salud
- servicios de atención paramédica

Comuníquese con la Agencia de servicios sociales de su condado para solicitar los Servicios de apoyo en el hogar, que le ayudarán a pagar por los servicios brindados para que pueda permanecer de manera segura en su propio hogar. Los tipos de servicios pueden incluir asistencia con preparación de comidas, baño, vestirse, lavandería, compras o transporte.

Llame a la agencia de servicios sociales de su condado si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad de Medi-Cal.

LLAME AL	1-714-825-3000. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-735-2929. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
SITIO WEB	https://ssa.ocgov.com/elderdisabled-home-services/home-supportive-services



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

K. Agencia de servicios de salud mental del condado

Los servicios de salud mental especializados de Medi-Cal y los servicios para trastornos por consumo de sustancias están disponibles para usted a través del condado si cumple con los criterios de acceso.

LLAME AL	1-800-723-8641. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con la Agencia de salud mental del condado para obtener ayuda con:

- preguntas sobre los servicios de salud mental especializados brindados por el condado
- preguntas sobre los servicios de trastorno por consumo de sustancias brindados por el condado
- Los servicios incluyen:
 - servicios ambulatorios especializados en salud mental
 - servicios de apoyo para el control de medicamentos
 - intervención y estabilización en casos de crisis
 - servicios intensivos para tratamiento diario
 - rehabilitación de día
 - servicios de tratamiento residencial para adultos y/o crisis
 - servicios de manejo de casos específicos
 - servicios ambulatorios de abuso por consumo de sustancias incluido el tratamiento intensivo
 - servicios de tratamiento
 - servicios residenciales perinatales
 - servicios y asesoramiento sin medicamentos para pacientes ambulatorios
 - servicios de tratamiento de narcóticos y naltrexona



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

L. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de medicamentos recetados. Para personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, como se describe a continuación.

L1. Ayuda adicional

Debido a que es elegible para Medi-Cal, califica para y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.medicare.gov

Si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta médica en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que usted solicite ayuda con el fin de obtener evidencia de su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

- Para solicitar ayuda para obtener evidencia, o para proporcionarnos esta evidencia, llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Cuando recibamos las pruebas que muestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que se le cobre el copago correcto al obtener su próxima receta médica. Si paga de más por su copago, se lo devolveremos. Le enviaremos un cheque o descontaremos el monto de copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y está contando su copago como si se tratara de su deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

L2. El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y su Programa de ayuda para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para las personas que califiquen, son más ventajosas que la participación en esta opción de pago, sin importar el nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de la página o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

M. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y llevar a cabo algunas gestiones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.ssa.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

N. Junta de ferroviarios jubilados (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de RRB, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de RRB, llame a la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Esta llamada es gratuita. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. La llamada a este número <i>no</i> es gratuita.
SITIO WEB	www.rrb.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

O. Otros recursos

El Programa del Ombuds (defensor del pueblo) de Medicare Medi-Cal ofrece asistencia GRATUITA para ayudar a las personas que tienen dificultades para obtener o mantener una cobertura de salud y resolver problemas con sus planes de salud.

Si tiene problemas con:

- Medi-Cal
- Medicare
- su plan de salud
- el acceso a los servicios médicos
- apelaciones por denegación de servicios, medicamentos, equipo médico duradero (DME), servicios de salud mental, etc.
- facturaciones médicas
- IHSS (Servicios de ayuda en el hogar)

El Programa del Ombuds de Medicare Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número telefónico del Programa del Ombudsman es 1-855-501-3077.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

P. Programa Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través del programa Medi-Cal Dental, que incluyen, entre otros:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- terapia de conducto radicular
- dentaduras postizas parciales con ajustes, reparaciones y realineaciones

Los beneficios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental de pago por servicio (Fee-for-Service, FFS).

LLAME AL	1-800-322-6384 Esta llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental FFS están disponibles para ayudar, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-735-2922 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de atención personal, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para pasar a ser propietario de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Información sobre servicios y proveedores	49
B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan.	49
C. Su coordinador de atención personal	51
C1. Qué es un coordinador de atención personal	51
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención personal	51
C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención personal	51
D. Atención de los proveedores	52
D1. Atención de un médico general	52
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	55
D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	56
D4. Proveedores fuera de la red	57
E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)	58
F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)	58
F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan	58



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

G. Servicios de transporte.	60
G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia	60
G2. Transporte no médico	62
H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre.	63
H1. Atención en una emergencia médica	63
H2. Atención necesaria de urgencia.	64
H3. Atención durante un desastre	65
I. Qué hacer si le cobran directamente por servicios que nuestro plan cubre	66
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	66
J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	67
J1. Definición de un estudio de investigación clínica	67
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	67
J3. Más sobre los estudios de investigación clínica	68
K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de salud.	68
K1. Definición de una institución religiosa no médica de atención de salud	68
K2. Atención de una institución religiosa no médica de atención de salud.	68
L. Equipo médico duradero (DME)	69
L1. DME como miembro de nuestro plan	69
L2. Propiedad de DME si cambia al Plan Original de Medicare.	70
L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.	70
L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia al Plan Original de Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)	71



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica, la salud del comportamiento y los LTSS cubiertos, se encuentran en el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros*.

Los **proveedores** son médicos, personal de enfermería y otros profesionales que le brindan servicios y atención médica. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento, equipo médico y ciertos LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago como pago completo. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos de Medicare y la mayoría de los servicios de Medi-Cal. Esto incluye ciertos servicios de salud del comportamiento y LTSS.

En general, nuestro plan paga por los servicios de atención médica, salud del comportamiento y varios LTSS que recibe cuando sigue nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros*.
- La atención debe ser **necesaria por motivos médicos**. Esto se refiere a los servicios importantes que son razonables y protegen la vida. La atención necesaria por motivos médicos es el que se requiere para evitar que las personas se enfermen gravemente o queden discapacitadas y reduce el dolor intenso mediante el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones.
- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (médico general)** de la red que ordene la atención o le indique que acuda a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico general.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- En la mayoría de los casos, su médico general de la red o nuestro plan debe darle su aprobación antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su médico general o a otros proveedores en la red de nuestro plan. A esto se le llama una **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- Los médicos generales de nuestro plan están afiliados a planes de salud de la red. Cuando elige a su médico general, también elige el plan de salud afiliado. Esto significa que su médico general le proporciona las referencias para especialistas y servicios que también están afiliados a su plan de salud. Un plan de salud es un grupo de médicos y hospitales que contrata con CalOptima Health OneCare Flex Plus para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- No necesita una referencia de su médico general para recibir atención de emergencia o atención de cuidado urgente ni para acudir a un proveedor de atención médica de la mujer ni para cualquier otro servicio que se incluye en la **Sección D1** de este capítulo.
- **Debe obtener su atención de proveedores de la red que estén afiliados al plan de salud de su médico general.** Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestra red de planes de salud y el plan de salud de su médico general. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - Cubrimos la atención de emergencia y la atención necesaria de cuidado urgente de un proveedor fuera de la red. (Consulte la **Sección H** de este capítulo para obtener más información al respecto).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Esto requiere una autorización previa. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un período breve o cuando su proveedor no está disponible o accesible temporalmente. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, puede solicitar continuar usando sus proveedores actuales. Con algunas excepciones, debemos aprobar esta solicitud si podemos establecer que usted tenía una relación existente con los proveedores. Consulte el **Capítulo 1** de la *Guía para miembros*. Si aprobamos su solicitud, puede continuar usando los proveedores que usa ahora hasta por 12 meses para los servicios. Durante ese plazo, su coordinador de atención personal se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red afiliados al plan de salud de su médico general. Después de 12 meses, ya no cubriremos su atención si continúa acudiendo a proveedores que no estén en nuestra red ni estén afiliados al plan de salud de su médico general.

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus: En la mayoría de los casos, será inscrito en CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Flex Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima Health OneCare Flex Plus. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)** si tiene alguna pregunta.

C. Su coordinador de atención personal

C1. Qué es un coordinador de atención personal

Un coordinador de atención personal es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para brindarle servicios de coordinación de atención.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención personal

Puede localizar el número de teléfono de su coordinador de atención personal en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro de CalOptima Health OneCare Flex Plus.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención personal

Puede llamar a CalOptima Health OneCare Flex Plus y solicitar el cambio al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un médico general

Debe elegir un médico general para que brinde y administre su atención. Los médicos generales de nuestro plan están afiliados a planes de salud de la red. Cuando elige a su médico general, también está eligiendo el plan de salud afiliado.

Definición de médico general y qué hace un médico general por usted

¿Qué es un médico general? Su médico general es un médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para prestarle atención médica básica.

¿Qué es un plan de salud de la red? Su plan de salud es un grupo de médicos y hospitales contratados para prestar servicios de atención médica a miembros de nuestro plan.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un médico general? El *Directorio de proveedores y farmacias* de CalOptima Health OneCare Flex Plus contiene una lista de todos los proveedores de la red que pueden actuar como su médico general. Algunos especialistas, incluidos los ginecobstetras, pueden actuar como su médico general si aceptan hacerlo y aparecen como médico general en el *Directorio de proveedores y farmacias*.

Usted recibirá su atención básica o de rutina de su médico general. Su médico general también coordinará el resto de los servicios cubiertos que obtenga como miembro de CalOptima Health OneCare Flex Plus. Coordinar sus servicios se refiere a revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y progreso. En la mayoría de los casos, debe ver a su médico general para obtener una referencia antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica o para una aprobación previa de determinados servicios o suministros cubiertos. Para ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, deberá obtener la aprobación previa de su médico general (como una referencia para consultar a un especialista).

¿Puede ser una clínica mi médico general? Sí. Los miembros pueden elegir Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (Federally- Qualified Health Centers, FQHC) enumerados como médico general en el *Directorio de proveedores y farmacias* de CalOptima Health OneCare Flex Plus como su médico general.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Su elección de médico general

CalOptima Health OneCare Flex Plus cuenta con un Directorio de proveedores y farmacias disponible al ser solicitado. Este directorio contiene una lista de todos los planes de salud, los médicos generales, los especialistas, las clínicas y los hospitales contratados con CalOptima Health OneCare Flex Plus para brindar servicios a los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus. Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias*, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los médicos generales aparecen por ciudad bajo el plan de salud al que están afiliados. Encuentre el nombre del médico general que desea como su proveedor de atención primaria. Su médico general deberá estar afiliado con el plan de salud que escoja.

Localice el número de identificación del médico general, que se encuentra debajo de su nombre, y llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus para comunicarnos su decisión.

Si hay un especialista u hospital en particular al que desea acudir, averigüe si está afiliado al plan de salud de su médico general. Puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, o solicitar a Servicios para Miembros que averigüe si el médico general que desea ofrece referencias a ese especialista o utiliza ese hospital.

Opción para cambiar su médico general

Puede cambiar su médico general por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su médico general abandone la red de nuestro plan. Si su médico general deja nuestra red, podemos ayudarle a encontrar un nuevo médico general en nuestra red.

Usted puede cambiar de médico general por cualquier motivo y en cualquier momento. Llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura al pie de esta página o ingrese a nuestro portal para miembros seguro en línea **<https://member.caloptima.org/#/user/login>**. En la mayoría de los casos, el cambio de su nuevo médico general será vigente el primer día del mes posterior a la fecha en que CalOptima Health OneCare Flex Plus reciba su solicitud de cambio.

Si necesita ayuda para elegir un médico general, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de un médico general (como servicios de atención en el hogar y equipo médico duradero). Le ayudaremos a continuar con la atención de especialidad y otros servicios que ha estado recibiendo



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

cuando cambie de médico general. También se comprobará que el médico general al que desea cambiar esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo médico general y le dirá cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo médico general. También le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro que muestra el nombre y el número de teléfono de su nuevo médico general.

Los médicos generales de nuestro plan están afiliados a los planes de salud de la red. Si cambia de médico general, es posible que también cambie de plan de salud. Cuando solicite un cambio, dígame a Servicios para Miembros si acude a un especialista o recibe otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de un médico general. Servicios para Miembros le ayudará a continuar con su atención de especialidad y otros servicios que necesita al cambiar de médico general.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su médico general

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su médico general antes de acudir a otros proveedores. A esta aprobación se le llama una **referencia**. Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin obtener primero la aprobación de su médico general:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención de cuidado urgente necesaria de proveedores de la red.
- Atención de cuidado urgente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan).

Aviso: la atención de cuidado urgente debe ser de necesidad inmediata y medicamento necesarios.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan. Si llama a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, le podemos ayudar a recibir diálisis mientras está fuera.
- Vacunas contra la gripe y el COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para la mujer y planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Además, si es miembro de una tribu indígena estadounidense, puede obtener servicios cubiertos de un proveedor de salud para indígenas de su elección, sin necesidad de una referencia de un médico general de la red o una autorización previa.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cuando su médico general considere que necesita tratamiento especializado, le dará una referencia (aprobación previa) para consultar a un especialista del plan o a algunos otros proveedores. Para algunos tipos de referencias, es posible que su médico general necesite obtener aprobación previa por parte de CalOptima Health OneCare Flex Plus (esto se conoce como obtener “autorización previa”). Consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** para obtener más información sobre qué servicios requieren una autorización previa.

Una referencia por escrito puede ser para una sola consulta o puede ser una referencia permanente para más de una consulta si necesita servicios continuos. Debemos darle una referencia permanente a un especialista calificado para cualquiera las siguientes afecciones:

- una afección crónica (continua);
- una enfermedad mental o física que represente un riesgo para la vida;
- una enfermedad o discapacidad degenerativa;
- cualquier otra afección o enfermedad lo suficientemente grave o compleja como para requerir tratamiento de un especialista.

En caso de no recibir una referencia por escrito cuando sea necesario, es posible que la factura no sea pagada. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al número que figura al pie de esta página.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red al que usted acuda puede abandonar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindar acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su médico general o proveedor de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, recibe atención actualmente de ellos o los ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene el derecho de solicitar, y trabajamos con usted para garantizar, que el tratamiento o terapias médicamente necesarios que está recibiendo continúen.
- Le daremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos coordinar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea suficiente para cumplir con sus necesidades médicas. Pueden aplicar las reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención, o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

D4. Proveedores fuera de la red

Los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus deberán dirigirse a los proveedores y a las farmacias contratadas dentro del condado de Orange para recibir los beneficios. CalOptima Health OneCare Flex Plus cubrirá los proveedores que use fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia y servicios de cuidado urgente fuera del área que reciba de un proveedor fuera de la red dentro de los Estados Unidos y sus territorios.
- Si necesita atención médica que requiera que CalOptima Health OneCare Flex Plus cubra y los proveedores de la red de CalOptima Health OneCare Flex Plus no pueden brindarla, puede obtener esta atención de proveedores fuera de la red con autorización previa.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio, que es el condado de Orange.
- Planificación familiar.
- Servicios de atención médica para indígenas estadounidenses.
- Servicios de obstetricia y algunos servicios de ginecología para la mujer, como una prueba de Papanicolaou.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o en Medi-Cal.
- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o en Medi-Cal.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo completo de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
- Durante un desastre declarado o una emergencia de salud pública, si no puede utilizar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red sin costo alguno.

Cuando su médico general considera que necesita un tratamiento especializado, le proporcionará una referencia (aprobación previa) para ver a un especialista de la red o ciertos otros proveedores. Para algunos tipos de referencias, su médico general puede necesitar obtener la aprobación previa de CalOptima Health OneCare Flex Plus (esto se conoce como “autorización previa”).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Si utiliza un proveedor fuera de la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o en Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o en Medi-Cal.
 - Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, deberá pagar el costo completo de los servicios que reciba.
 - Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.
-

E. Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)

Los LTSS pueden ayudarle a permanecer en su hogar y evitar una estadía en el hospital o centro de enfermería especializada. Usted tiene acceso a ciertos LTSS a través de nuestro plan, que incluyen atención en centros de enfermería especializada, Servicios para adultos en la comunidad (CBAS) y apoyo comunitario. El programa de Servicios de apoyo en el hogar es otro tipo de LTSS que está disponible a través de su agencia de servicios sociales de su condado.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a su coordinador de atención personal al número de teléfono que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud del comportamiento necesarios por motivos médicos que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por el cuidado administrado de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de la línea de acceso del Plan de salud mental de OCHCA al 1-800-723-2641, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal proporcionados fuera de nuestro plan

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (Mental Health Plan, MHP) si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

especializados de salud mental especializados de Medi-Cal que proporciona el Plan de salud mental del OCHCA incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo para medicamentos
- tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- intervención en casos de crisis
- estabilización en casos de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios en centros de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- servicios de manejo de casos específicos
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en casa

Los servicios del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal, están disponibles para usted a través del Plan de salud mental del OCHCA si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal que proporciona el Plan de salud mental del OCHCA incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- tratamiento residencial para trastornos por el consumo de sustancias durante el periodo perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa para el tratamiento por el consumo de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido por medicamentos)
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Los Servicios del sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa para el tratamiento por el consumo de narcóticos
- servicios para la recuperación
- coordinación de la atención médica
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias

Además de los servicios mencionados anteriormente, podrá tener acceso a los servicios voluntarios hospitalarios de desintoxicación si cumple los requisitos.

Los servicios especializados de salud mental que no están cubiertos por CalOptima Health OneCare Flex Plus son coordinados por el Plan de salud mental del OCHCA a través de la Agencia de Atención Médica para garantizar un acceso fluido. Los miembros primero deben comunicarse con la línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health al **1-855-877-3885 (TTY 711)** para ser evaluados y enviados al nivel de servicios apropiado.

Para obtener más información sobre la disponibilidad de servicios de salud del comportamiento, los procesos para determinar la necesidad médica, los procedimientos de referencia entre el plan y la entidad del condado, y los procesos de resolución de problemas, llame a la línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health al **1-855-877-3885 (TTY 711)**.

G. Servicios de transporte

G1. Transporte médico en situaciones que no son de emergencia

Tiene derecho a transporte médico que no es de emergencia si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede proporcionar transporte médico que no es de emergencia para servicios



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, tratamiento por consumo de sustancias y para ir a la farmacia. Si necesita transporte médico que no sea de emergencia, puede hablar con su médico general y solicitarlo. Su médico general decidirá el mejor tipo de transporte para cumplir sus necesidades. Si necesita transporte médico que no es de emergencia, lo ordenarán, llenarán un formulario y lo enviarán a CalOptima Health OneCare Flex Plus para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, la aprobación es válida por un año. Su médico general reevaluará su necesidad de transporte médico que no es de emergencia para volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico que no es de emergencia es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. CalOptima Health OneCare Flex Plus permite el medio de transporte cubierto de menor costo y el transporte médico que no es de emergencia más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite transporte para ir a su cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente por una camioneta para silla de ruedas, CalOptima Health OneCare Flex Plus no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

El transporte médico que no es de emergencia debe usarse cuando:

- Lo necesita física o médicamente según lo determine la autorización por escrito de su médico general porque no puede usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Necesita ayuda del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar transporte médico que su médico le haya recetado para **citas de rutina** no urgentes, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-866-612-1256 (TTY 711)** al menos dos (2) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita obtener más información.

Límites de transporte médico

CalOptima Health OneCare Flex Plus cubre el transporte médico de menor costo que cumpla con sus necesidades médicas desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. No se proporcionará transporte médico si Medicare o Medi-Cal no cubren el servicio. Si el tipo de cita está cubierto por Medi-Cal, pero no a través del plan de salud, CalOptima Health OneCare Flex Plus le ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de esta guía se incluye una lista de los servicios cubiertos. El transporte no está cubierto fuera de la red o el área de servicio de CalOptima Health OneCare Flex Plus, a menos que se autorice previamente.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

G2. Transporte no médico

Los beneficios de transporte no médico incluyen viajar hacia y desde sus citas para un servicio autorizado por su proveedor. Puede obtener transporte, sin costo para usted, al:

- viajar hacia y desde una cita para un servicio autorizado por su proveedor, o
- recoger medicamentos y suministros médicos.

CalOptima Health OneCare Flex Plus le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra forma pública o privada de llegar a su cita no médica para los servicios autorizados por su proveedor. CalOptima Health OneCare Flex Plus utiliza un proveedor de transporte para organizar el transporte no médico. Cubrimos el medio de transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades.

A veces, se le puede reembolsar por los viajes en un vehículo privado que organice. CalOptima Health OneCare Flex Plus debe aprobar esto **antes** de que usted obtenga el viaje, y debe decirnos por qué no puede obtener un viaje de otra manera, como tomar el autobús. Puede informarnos al llamar o enviarnos un correo electrónico, o en persona.

No se le puede reembolsar por conducir usted mismo.

El reembolso de millaje requiere todo lo siguiente:

- la licencia de conducir del conductor
- la matriculación del vehículo del conductor
- comprobante de seguro de automóvil para el conductor

Para solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-866-612-1256** (TTY **711**) al menos dos (2) días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para **citas urgentes**, llame lo antes posible. Tenga a la mano su tarjeta de identificación de miembro cuando llame. También puede llamar si necesita obtener más información.

Aviso: los miembros indígenas estadounidenses pueden comunicarse con su Clínica de Salud Indígena local para solicitar transporte no médico.

Límites de transporte no médico

CalOptima Health OneCare Flex Plus proporciona el transporte no médico de menor costo que cumpla con sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir usted mismo o ser reembolsado directamente.**

El transporte no médico **no** se aplica si:

- Se necesita una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas u otro medio de transporte médico que no sea de emergencia para llegar a un servicio.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- Necesita asistencia del conductor para trasladarse hacia y desde su residencia, vehículo o lugar de tratamiento debido a una afección física o médica.
 - Está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del vehículo sin la ayuda del conductor.
 - El servicio no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
-

H. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando se necesiten con urgencia, o durante un desastre

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en:

- riesgo grave para su salud o la de su hijo por nacer; •
- daño grave a las funciones corporales; •
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; •
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo por nacer.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su médico general. No necesita acudir a un proveedor de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los EE. UU., sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada.
 - **Tan pronto como sea posible, infórmele a nuestro plan sobre su emergencia.** Haremos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente antes de que transcurran 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si se demora en informarnos. Para obtener más información, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
-



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Medicare no proporciona cobertura para la atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

CalOptima Health OneCare Flex Plus ofrece un beneficio adicional que incluye un reembolso de hasta \$100,000 al año por atención médica de emergencia que recibe fuera de los Estados Unidos.

Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de la *Guía para miembros*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su afección es estable y la emergencia médica ha terminado. Continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para hacer planes si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Cómo obtener atención de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento. Es posible que reciba atención de emergencia y el médico diga que no fue realmente una emergencia. Cubrimos su atención siempre que razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro.

Después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- acude a un proveedor de la red **o**
- la atención adicional que recibe se considera “atención necesaria de urgencia” y usted sigue las reglas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

H2. Atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es la atención que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, podría tener un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención necesaria de urgencia en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención necesaria de urgencia solo si:

- recibe esta atención de un proveedor de la red **y**
- sigue las reglas descritas en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red dadas sus circunstancias, tiempo o lugar donde se encuentra, cubriremos la atención necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Llame a su plan de salud para saber cómo tener acceso a los servicios de cuidado urgente. Puede localizar el número de teléfono de su plan de salud en su tarjeta de identificación de miembro de CalOptima Health OneCare Flex Plus.

Atención necesaria de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda obtener atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención necesaria de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención necesaria de urgencia ni ninguna otra atención que no sea de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y atención urgente en todo el mundo fuera de los Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:

- Ofrecemos hasta \$100,000 de cobertura por año natural por atención de emergencia, urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos.
- Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de apoyo a CalOptima Health OneCare Flex Plus y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.

H3. Atención durante un desastre

Si el gobernador de California, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado:

<https://www.caloptima.org/es-MX/ForMembers/OneCare/Benefits>.

Durante un desastre declarado, si no puede acudir a un proveedor de la red, puede obtener atención de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información.

I. Qué hacer si le cobran directamente por servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, debe pedirnos que paguemos la factura.

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos devolverle el dinero.

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* para saber qué hacer.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen necesario por motivos médicos, y
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros*), y
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **deberá pagar el costo total usted mismo**, a menos que estén cubiertos por otro programa de Medi-Cal fuera de nuestro plan.

Si desea saber si pagamos algún servicio o atención médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, deberá pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto de sus beneficios ha utilizado.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

J. Cobertura de servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente solicita voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio en el que desea participar y expresa su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le informa sobre el estudio y averigua si califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan continúa cubriendo sus servicios y atención no relacionados con el estudio.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico general. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y en estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE), y pueden estar sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

Le animamos a que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto por el Plan Original de Medicare, le recomendamos que usted o su coordinador de atención personal llamen a Servicios para Miembros para informar que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- una cirugía u otro procedimiento médico como parte del estudio de investigación
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si es parte de un estudio que Medicare **no** ha aprobado, usted paga los costos por participar en el estudio.

J3. Más sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa no médica de atención de salud

K1. Definición de una institución religiosa no médica de atención de salud

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que brinda atención que, en general, se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa no médica de atención de salud.

Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de salud no médicos).

K2. Atención de una institución religiosa no médica de atención de salud

Para recibir la atención de una institución religiosa no médica de atención de salud, debe firmar un documento legal que manifieste que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que es “sin excepción”.

- El tratamiento médico “sin excepción” es cualquier atención que es **voluntaria y no es exigido** por ninguna ley federal, estatal o local.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

- El tratamiento médico “con excepción” es cualquier atención que **no es voluntaria y que es exigido** por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica de atención de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener los servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, o su estadía **no** será cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de hospitalización de Medicare. Consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4**.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. DME como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye ciertos artículos médicamente necesarios que son ordenados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

En esta sección, analizamos DME que alquila. Como miembro de nuestro plan, usted **no** será propietario de DME, sin importar por cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones limitadas, el artículo DME pasará a ser de su propiedad. Llame a Servicios para Miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

Incluso si tuvo DME por hasta 12 meses seguidos bajo Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será propietario del equipo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

L2. Propiedad de DME si cambia al Plan Original de Medicare

En el Plan Original de Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser de su propiedad después de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de DME antes de pasar a ser de su propiedad.

Aviso: Puede encontrar las definiciones del Plan Original de Medicare y los planes MA en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual *Medicare y Usted 2025*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si no elige Medi-Cal, deberá realizar 13 pagos consecutivos bajo el Plan Original de Medicare, o deberá realizar la cantidad de pagos consecutivos establecidos por el plan de MA, para que el artículo de DME pase a ser de su propiedad si:

- no se volvió propietario del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, **y**
- usted deja nuestro plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el Plan Original de Medicare o plan de MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME bajo el Plan Original de Medicare o un plan de MA antes de unirse a nuestro plan, **tales pagos no cuentan para los pagos que necesita hacer después de dejar nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos bajo el Plan Original de Medicare o una cantidad de nuevos pagos consecutivos establecidos por el plan de MA para que el artículo de DME pase a ser de su propiedad.
- No hay excepciones a este caso cuando regresa al Plan Original de Medicare o a un plan de MA.

L3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos lo siguiente:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega y contenido del oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para el suministro y contenido del oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse al propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 3: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos

L4. Equipo de oxígeno cuando se cambia al Plan Original de Medicare o a otro plan de Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan para cambiarse al Plan Original de Medicare**, lo alquila de un proveedor por 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses**, su proveedor debe proporcionar:

- equipo, suministros y servicios de oxígeno por otros 24 meses
- equipo y suministros de oxígeno hasta por 5 años si es necesario por motivos médicos

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea necesario por motivos médicos.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan para cambiarse a otro plan de MA**, ese nuevo plan cubrirá al menos lo que cubre el Plan Original de Medicare. Puede preguntar a su nuevo plan de MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuál será su costo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite en esos servicios. También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus: en la mayoría de los casos, estará inscrito en CalOptima Health OneCare Flex Plus para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Flex Plus. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima Health OneCare Flex Plus. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene alguna pregunta.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Índice de contenido

A. Sus servicios cubiertos.....	74
A1. Durante emergencias de salud pública.....	74
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios.....	75
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	75
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	78
E. Apoyos comunitarios	138
F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	149
F1. Transiciones comunitarias de California (CCT).....	149
F2. Medi-Cal Dental.....	150
F3. Atención para enfermos desahuciados.....	150
F4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)	151
F5. 1915(c) Programas de Exención para servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)	152
F6. Servicios de salud del comportamiento del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias).....	156
G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal	158



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal, CalOptima Health OneCare Flex Plus seguirá cubriendo todos sus beneficios cubiertos de Medicare hasta por seis (6) meses mientras vuelve a solicitar Medi-Cal (periodo de seis (6) meses de elegibilidad que se considera continua). Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) que se incluyen en el plan estatal de Medi-Cal (Medicaid) correspondiente y no pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que Medi-Cal pagaría en su nombre. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo. No obstante, es posible que deba pagar los costos compartidos (coseguro) del 20 % de Medicare si acude con un proveedor fuera de la red que no está contratado.

A1. Durante emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública (public health emergency, PHE), CalOptima Health OneCare Flex Plus considerará adoptar ciertas medidas de flexibilidad otorgadas por las agencias reglamentarias, como los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y/o el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) del estado de California. Por ejemplo, durante la pandemia del COVID-19, CalOptima Health OneCare Flex Plus extendió todas las autorizaciones ya existentes para garantizar que los miembros tuvieran acceso oportuno a los servicios. CalOptima Health OneCare Flex Plus también implementó los servicios de telesalud por teléfono y/o video para evitar el contacto en persona de acuerdo con las necesidades y las preferencias de los miembros a lo largo de la emergencia de salud pública, que incluye cualquier extensión adicional que sea agregada a la emergencia de salud pública en el futuro.

Las medidas de flexibilidad dependen en lo que dura la emergencia de salud pública, lo cual puede ser parte de o todo el año.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que nuestros proveedores le cobren por los servicios cubiertos de la red. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si es así, consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le informa los servicios que paga nuestro plan. Enumera los servicios cubiertos en orden alfabético (por su nombre en inglés) y los explica.

Pagamos por los servicios que se encuentran en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios que se encuentran en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Brindamos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios, que incluyen atención médica, servicios de salud del comportamiento y por consumo de sustancias, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos, deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesarios describe servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar, o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería especializada. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, el plan debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage (MA) no puede exigir una autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Recibe atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no está cubierta a menos que se trate de una emergencia o necesite servicios de cuidado urgente o a menos que el plan o un proveedor de la red le dé una referencia. El **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* brinda más información sobre el uso de proveedores de la red y fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (médico general) o un equipo para la atención médica que le brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su médico general debe darle su aprobación antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su médico general o acudir a otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama una referencia. El **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo **no** la necesita.
- Cubrimos algunos servicios que se encuentran en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación primero. A esto se le llama autorización previa (PA). Marcamos en la Tabla de beneficios los servicios cubiertos que necesitan autorización previa con un asterisco (*).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención con base en los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Sus beneficios de Medicare en este plan continuarán dentro del periodo de seis (6) meses de elegibilidad que se considera continua si pierde sus beneficios de Medi-Cal. Sin embargo, es posible que sus servicios de Medi-Cal no estén cubiertos. Comuníquese con la oficina de elegibilidad de su condado o con Health Care Options para obtener información sobre su elegibilidad para Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no sus beneficios de Medi-Cal.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con determinadas enfermedades crónicas.

- Si padece alguna de las siguientes enfermedades crónicas y cumple con determinados criterios médicos, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales:
- Dependencia crónica al alcohol y a otras drogas.
- Trastornos autoinmunes limitados a poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.
- Cáncer, excluyendo las enfermedades precancerosas o el estado in situ.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Trastornos cardiovasculares limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad hepática terminal; enfermedad renal en fase terminal (End-stage renal disease, ESRD) que requiere diálisis.
- Trastornos hematológicos graves limitados a anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, anemia falciforme (excluyendo el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico.
- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos limitados a asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar.
- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes limitadas a trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo; trastornos neurológicos limitados a esclerosis lateral amiotrófica (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS), epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con derrame cerebral.
- Derrame cerebral.
- No todos los miembros serán elegibles para recibir beneficios adicionales. Los miembros deben:
 - Tener una o más enfermedades crónicas comórbidas y médicamente complejas que pongan en peligro la vida o limiten significativamente la salud o las funciones generales del miembro.
 - Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para su salud.
 - Requerir una coordinación de cuidados intensivos.
- Para determinar si usted es elegible para recibir beneficios adicionales, su proveedor confirmará su diagnóstico o CalOptima Health OneCare Flex Plus completará una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Para obtener más información, consulte “Ayuda para determinadas enfermedades crónicas” de la Tabla de beneficios.
- Comuníquese con nosotros para saber si es elegible para obtener beneficios adicionales.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana  junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos un solo ultrasonido de detección para las personas con riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, el asistente del médico, la enfermera especialista titulada o la enfermera especialista en medicina clínica.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios en cualquier mes calendario, o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si tiene dolor lumbar crónico, definido como: • que dura 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que pueda identificarse, como que no esté asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Además, pagamos ocho (8) sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si muestra mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol Pagamos una prueba de detección, evaluación, intervenciones breves y remisión a tratamiento (Screening, Assessment, Brief Interventions, and Referral to Treatment, SABIRT) de alcohol y drogas por año para adultos que abusan del consumo de alcohol o drogas pero que no son dependientes del alcohol o las drogas. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Se podrán realizar exámenes adicionales cuando sea médicamente necesario. La necesidad médica debe ser documentada por su médico general o enfermera especialista titulada en un ambiente de atención primaria.	\$0
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención. Su estado de salud debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean de emergencia, podemos pagar una ambulancia. Su estado de salud debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Examen físico anual Le recomendamos que se realice un examen físico de rutina por año. Este examen será una evaluación completa de su salud e incluirá análisis de laboratorio y otros servicios de detección, según sea necesario. El examen está cubierto si el cuidado preventivo se considera médicamente apropiado.	\$0
	Consulta anual de bienestar Puede recibir un examen médico anual. El objetivo de este examen es desarrollar o actualizar un plan de prevención con base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos este examen una vez cada 12 meses. Aviso: Su primera consulta anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses posteriores a su consulta de Bienvenida a Medicare . Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de Bienvenida a Medicare para recibir consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
	Servicios preventivos del asma Puede recibir capacitación sobre el asma y una evaluación del entorno del hogar para los desencadenantes que se encuentran comúnmente en el hogar para personas con asma mal controlada.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medición de la masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o calculan la calidad ósea. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos a un médico para que estudie e interprete los resultados.	\$0
	Detección de cáncer de los senos (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • una primera mamografía entre los 35 y 39 años • una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores • exámenes clínicos de los senos cada 24 meses	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una referencia de su médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consultas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su médico general para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante las consultas, su médico puede: • hablar sobre el uso de aspirina, • comprobar su presión arterial, y/o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	\$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón) Pagamos los análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a un alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
	Detección de cáncer de cuello uterino (cervical) y vaginal Pagamos por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres (3) años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para mujeres de 30 a 65 años: prueba del virus del papiloma humano (VPH) o prueba de Papanicolaou más VPH una vez cada 5 años	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: • ajustes de la columna para corregir la alineación Medi-Cal cubre los servicios quiroprácticos, que se limitan a dos (2) servicios por mes, en combinación con los servicios de acupuntura, audiología, terapia ocupacional y terapia del habla. Medi-Cal puede prestar servicios adicionales con preaprobación según sean médicamente necesarios. Los siguientes miembros son elegibles para los servicios quiroprácticos: • mujeres embarazadas hasta el final del mes, que incluye 60 días después del final de un embarazo • residentes de un centro de enfermería especializada, centro de atención intermedio o centro de atención médica subaguda • Todos los miembros cuando los servicios se brindan en los departamentos ambulatorios de hospitales del condado, clínicas ambulatorias, un FQHC o una RHC que forman parte de la red de CalOptima Health OneCare Flex Plus. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos ambulatorios.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Detección de cáncer colorrectal* Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene un límite mínimo o máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de desarrollar cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes que tienen alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario previos. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de haberse hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que tienen alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres (3) años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres (3) años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes que tienen alto riesgo, y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección de cáncer colorrectal* (continuación) Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección en heces de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. *Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0
	Servicios para adultos en la comunidad (CBAS)* CBAS es un programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro donde las personas asisten de acuerdo con un horario. Brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (que incluyen terapias ocupacionales, físicas y del habla), atención personal, capacitación y apoyo para la familia y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios. Pagamos por CBAS si cumple con los criterios de elegibilidad. Aviso: Si un centro de CBAS no está disponible, podemos ofrecer estos servicios por separado. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
Servicios dentales* Cubrimos ciertos servicios dentales, incluidos, entre otros, limpiezas, amalgamas y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, como se describe en la Sección F2 a continuación. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales que se realizan en preparación para un tratamiento de radiación contra el cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Ofrecemos cobertura para servicios dentales integrales, que incluyen: • evaluación oral limitada, • radiografías de diagnóstico, • servicios periodontales, • servicios de endodoncia, • prostodoncia, • cirugía oral y maxilofacial, y • otros servicios dentales generales. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.		\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección de depresión Pagamos por una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.	\$0
	Detección de diabetes Pagamos por este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente, puede calificar para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes* Pagamos por los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (tanto si usan insulina como si no): • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas de glucosa en sangre ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de tiras reactivas y monitores • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, ● ○ un par de zapatos de profundidad, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. *Se pueden aplicar reglas de autorización	\$0
Servicios de doula Para las mujeres embarazadas, pagamos nueve consultas a una doula durante el período prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el parto.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Consulte el Capítulo 12 de la <i>Guía para miembros</i> para la definición de “Equipo médico duradero (DME).” Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas, incluidas las sillas de ruedas eléctricas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • almohadilla de presión seca para colchón • suministros para diabéticos • camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y poste • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón con mango curvo estándar o cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (dispositivo colgante) • estimulador óseo • equipo para tratamiento de diálisis Otros artículos pueden estar cubiertos. Pagamos todo el DME médicamente necesario que normalmente paga Medicare y Medi-Cal. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si puede pedirlo especialmente para usted. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección que incluye dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina esperaría que tuviera las siguientes consecuencias: • un riesgo grave para su salud o la de su bebé por nacer; o • un daño grave a las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando: ○ No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o para la del bebé por nacer. Ofrecemos un beneficio de hasta \$100,000 de cobertura por atención de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención. O la atención que reciba en el hospital fuera de la red deberá ser autorizada por el plan. Usted paga por los servicios de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta \$100,000 por año.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de emergencia (continuación) Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después, debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de respaldo a CalOptima Health OneCare Flex Plus y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	\$0
	Beneficio mejorado de medicamentos El tratamiento con medicamentos para la disfunción eréctil cubre 4 pastillas al mes (medicamento genérico).	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, bien sea dentro o fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos por los siguientes servicios: • examen de planificación familiar y tratamiento médico • laboratorio de planificación familiar y pruebas de diagnóstico • métodos de planificación familiar (anticonceptivo y dispositivo intrauterino [AIU]/[DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches, anillo) • suministros de planificación familiar con receta médica (preservativo [condón], esponja, espuma, gel, diafragma, barrera uterina) • servicios limitados de fertilidad como asesoramiento y educación sobre técnicas de conciencia de fertilidad, y/o asesoramiento sobre la salud preconcepcional, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) - asesoramiento y pruebas para el VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH - anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). - asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: - tratamiento para afecciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada). - tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH - prueba genética	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Tarjeta Flex: productos de venta libre (OTC) y alimentos Asignación total de \$245 o límite de gastos por trimestre (cada 3 meses) para comprar: • productos y suministros de venta libre (OTC) disponibles en tiendas minoristas y a través de un catálogo de OTC de pedidos por correo, y • Algunos miembros con ciertas enfermedades crónicas** pueden calificar para usar la tarjeta Flex de \$245 por trimestre para comprar alimentos además de productos de venta libre Este beneficio entra en vigor el primer día de cada trimestre: enero, abril, julio y octubre; cualquier saldo restante no se acumula con el de los trimestres siguientes. Puede usar este beneficio para comprar productos de venta libre, como jarabes para el resfriado o la tos, acetaminofén, vendas y otros productos elegibles. Si ordena a través del catálogo de OTC, los productos se enviarán directamente a su domicilio. Recibirá un catálogo de pedidos por correo con las instrucciones para realizar pedidos y detalles sobre los artículos que puede comprar con la asignación de gastos. Puede utilizar este beneficio para comprar artículos de supermercado elegibles, incluidos, entre otros, productos frescos, alimentos integrales o naturales, y alimentos enlatados. No se podrá comprar alcohol, tabaco, bebidas azucaradas y otros artículos con la asignación de la tarjeta Flex. **No todos los miembros califican para comprar alimentos. Consulte “Ayuda para determinadas enfermedades crónicas” más adelante en esta tabla para obtener información sobre cómo calificar para comprar alimentos.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Programas de educación para la salud y el bienestar Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertas afecciones médicas. Estas incluyen: • clases de educación para la salud; • clases de educación nutricional; • dejar de fumar y consumir productos de tabaco; y • línea directa de ayuda de enfermería Tiene las siguientes opciones disponibles sin costo alguno para usted: • Afiliación a centros de acondicionamiento físico participantes y centros YMCA que participen en el programa. • Un programa de ejercicio y envejecimiento saludable diseñado específicamente para beneficiarios de Medicare que incluye opciones de membresía sin costo en instalaciones de acondicionamiento físico o centros de ejercicio disponibles. • Una variedad de videos a pedido disponibles a través del sitio web. • Sesiones de asesoría sobre el envejecimiento saludable por teléfono, video o chat con un entrenador capacitado para hablar sobre temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud cerebral. • Monitor de actividad. • Usted es elegible para recibir uno de los siguientes kits de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios ○ kit de monitor de actividad física portátil, Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación) ○ kit de yoga para principiantes con un tapete y una toalla de mano, ○ kit de caminata o senderismo con 2 bastones de apoyo, ○ kit de yoga intermedio o avanzado con una correa para yoga y 2 bloques para yoga, ○ kit de pilates con pelota de pilates y toalla, ○ kit de fuerza para principiantes con mancuernas de 2 libras y bandas de ejercicio, ○ kit de natación para principiantes con antiparras y tabla de natación, ○ kit de fuerza intermedio con mancuernas de 3 libras y bandas de ejercicio, ○ kit de natación avanzada con guantes de resistencia acuática y flotador de tracción; o ○ kit de fuerza avanzado con mancuernas de 5 libras y bandas de ejercicio. ● Clases en línea sobre el envejecimiento saludable ● Club de bienestar para artículos y videos exclusivos y clases y eventos virtuales en vivo ● Planes de ejercicio personalizados	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de audición* Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las obtiene de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. También pagamos los aparatos auditivos cuando son recetados por un médico u otro proveedor calificado, que incluyen: • moldes, suministros e insertos • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis (6) visitas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de recibir el aparato auditivo • alquiler de aparatos auditivos durante un período de prueba • sistemas de escucha asistida y aparatos auditivos de conducción ósea de superficie • servicios de audiología y evaluaciones de seguimiento *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0 CalOptima Health OneCare Flex Plus cubre una asignación de gastos de hasta \$1,000 por audífonos auriculares, sobre el límite de \$1,510 cubiertos por Medi-Cal cada año calendario. El monto de \$1,000 puede usarse para uno o dos oídos, pero solo se puede usar este beneficio una sola vez durante el año calendario. Usted es responsable de cualquier cantidad que sobrepase este límite.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas Los miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas tienen un alto riesgo de hospitalización y requieren una coordinación de cuidados intensivos pueden ser elegibles para recibir beneficios adicionales. Las enfermedades crónicas incluyen dependencia crónica al alcohol y otros medicamentos; trastornos autoinmunes limitados a poliarteritis nodosa, polimialgia reumática, polimiositis, artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico; cáncer, excluyendo las enfermedades precancerosas o el estado in situ; trastornos cardiovasculares limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; enfermedad hepática terminal; enfermedad renal en fase terminal (ESRD) que requiere diálisis; trastornos hematológicos graves limitados a anemia aplásica, hemofilia, púrpura trombocitopénica inmune, síndrome mielodisplásico, anemia falciforme (excluyendo el rasgo falciforme) y trastorno tromboembólico venoso crónico; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos limitados a asma, bronquitis crónica, enfisema, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar; trastornos mentales crónicos e incapacitantes limitados a trastornos bipolares, trastornos depresivos mayores, trastorno paranoide, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo; trastornos neurológicos limitados a esclerosis lateral amiotrófica (ALS), epilepsia, parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con derrame cerebral y derrame cerebral. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Ayuda con ciertas enfermedades crónicas (continuación) Asignación de alimentos Consulte la fila anterior “Tarjeta Flex: asignación de productos de venta libre (OTC) y alimentos” en esta tabla para obtener información sobre lo que se incluye en este beneficio.	\$0
	Detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • pidan una prueba de detección del VIH • tengan un alto riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de una agencia de salud en el hogar* Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un médico debe decirnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de casa requiere un esfuerzo considerable. Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no encuentran en esta lista: • servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y auxiliar de salud en el hogar (cubiertos por el beneficio de atención de salud en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y auxiliar de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • terapia física, ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión en el hogar* Nuestro plan paga la terapia de infusión en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel y se le brindan en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación e instrucción de miembros que aún no estén incluidas en el beneficio de DME; • supervisión a distancia; y • servicios de monitoreo para el suministro de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención para enfermos desahuciados Tiene derecho a elegir la atención para enfermos desahuciados si su proveedor y el director médico del centro de atención para enfermos desahuciados determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis (6) meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de atención para enfermos desahuciados certificados por Medicare dentro del área de servicios del plan. Su médico de atención para enfermos desahuciados puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidado de relevo a corto plazo • cuidados en el hogar Los servicios de atención para enfermos desahuciados y los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare. • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 copago para la atención para enfermos desahuciados cubierta por Medicare. Cuando se inscribe en un programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare, sus servicios de atención para enfermos desahuciados y sus servicios de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal son pagados por el Plan Original de Medicare, no por CalOptima Health OneCare Flex Plus.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención para enfermos desahuciados (continuación) Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para enfermos desahuciados y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el Capítulo 5 de la <i>Guía para miembros</i> para obtener más información. Aviso: Si tiene una enfermedad grave, es posible que sea elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan cuidado en equipo centrado en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Usted puede recibir cuidados paliativos y cuidados curativos o regulares al mismo tiempo. Consulte la sección de Cuidados paliativos a continuación para obtener más información. Aviso: Si necesita atención que no sea para enfermos desahuciados, llame a su coordinador de atención personal o a Servicios para Miembros para programar los servicios. La atención que no es para enfermos desahuciados es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre una consulta única para servicios de atención para enfermos desahuciados para un miembro con un pronóstico terminal que ha escogido el beneficio de atención para enfermos desahuciados.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Vacunas Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias por motivos médicos • vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • vacunas contra el COVID-19 • vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) • otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplen con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de la <i>Guía para miembros</i> para obtener más información.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se encuentran en esta lista: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o de atención coronarios • fármacos y medicamentos • pruebas de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros médicos y quirúrgicos necesarios • equipos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y sala de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios hospitalarios por abuso de sustancias • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que se establezca su emergencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) Si nuestro plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, organizamos o pagamos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • servicios médicos Aviso: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para ingresar formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, es posible que se le siga considerando “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin costo a estos números las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico* Pagamos los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Si necesita servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico independiente, pagamos los primeros 190 días. Después de eso, la agencia de salud mental del condado local paga los servicios psiquiátricos médicamente necesarios para pacientes hospitalizados. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordina con la agencia de salud mental del condado local. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si tiene 65 años o más, pagamos los servicios que recibe en un Instituto de enfermedades mentales (IMD). *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado* No pagamos por su estadía hospitalaria si ha utilizado todos sus beneficios para ingresos hospitalarios o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención de pacientes hospitalizados no está cubierta, es posible que paguemos los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se encuentran en esta lista: • servicios médicos • pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • terapia de radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • apósitos quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • dispositivos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan total o parcialmente: ○ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o ○ la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta como paciente hospitalizado* (continuación) - aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, así como piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en su afección - terapia física, ocupacional y del habla *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para enfermedades renales* Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener una enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe darle una referencia. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio, que incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de la <i>Guía para miembros</i>, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua. Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en esta tabla. *Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Detección de cáncer de pulmón Nuestro plan paga la prueba de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen, nuestro plan paga otro examen cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado.	\$0
 Terapia de nutrición médica* Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando es referido por su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una referenciade un médico. Un médico debe ordenar estos servicios y renovar la referencia cada año si necesita tratamiento en el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. *Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan paga por los servicios del MDPP. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en: • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de la actividad física, y • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectables o se administran por infusión mientras recibe servicios en el consultorio médico, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria • insulina suministrada a través de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que tome a través de equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan haya autorizado • el medicamento para el Alzheimer, Leqembi (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa • factores de coagulación que usted mismo se administre mediante inyección si tiene hemofilia Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • para trasplantes o inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A cuando reciba el trasplante de órgano cubierto, y debe tener la Parte B cuando reciba los medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • medicamentos inyectables para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos de administración por vía oral contra el cáncer que usted toma por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se metaboliza al mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de la Parte B para la ESRD lo cubre • medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es medicamento necesario) y los anestésicos tópicos • agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene una ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con algunas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa o Aranesp®) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare* (continuación) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de la <i>Guía para miembros</i> explica nuestro beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. El Capítulo 6 de la <i>Guía para miembros</i> explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención en un centro de enfermería* Un centro de enfermería (NF) es un lugar que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le dan como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería • pruebas de laboratorio generalmente ofrecidas por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología generalmente brindados por centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería • servicios de médicos/profesionales • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería* (continuación) • beneficios de la visión • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, obtiene su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan • Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de atención continuos donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención de centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted deja el hospital. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0
	Detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su médico general para obtener más información.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios del Programa de tratamiento de opioides* Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD): • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrar y proporcionarle estos medicamentos • asesoramiento para trastornos por consumo de sustancias • terapia individual y de grupo • pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología) *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0
	Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios* Pagamos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se encuentran en esta lista: • radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos suministros y material técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • pruebas de laboratorio • sangre, incluido el almacenamiento y la administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Pagamos servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ingresar en el hospital como “paciente hospitalizado”. ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un “paciente ambulatorio”. ○ Puede obtener más información sobre ser paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • laboratorios y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • atención de salud mental, incluido la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento hospitalario sería necesario sin él • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • exámenes y servicios preventivos que se encuentran en la Tabla de beneficios • algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o médico autorizado por el estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • enfermero practicante (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se encuentran en esta lista: • servicios de la clínica • tratamiento de día • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial o programas ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal • pruebas psicológicas cuando estén clínicamente indicadas para evaluar un resultado de salud mental • servicios para pacientes ambulatorios con el fin de supervisar la terapia con medicamentos • laboratorio ambulatorio, medicamentos, insumos y suplementos • consulta psiquiátrica *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Pagamos la terapia física, ocupacional y del habla. Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes, Centros de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0
	Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se encuentran en esta lista: • detección y asesoramiento sobre abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • asesoramiento grupal o individual por un médico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones • servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (vivitrol)	\$0
	Cirugía ambulatoria* Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
Cuidados paliativos Nuestro plan cubre los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos son para las personas con enfermedades graves. Son cuidados que se enfocan en el paciente y la familia, y que mejoran la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Los cuidados paliativos no están limitados a enfermos desahuciados, por lo tanto, no es necesario tener una expectativa de vida de seis meses o menos para calificar para recibir cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se brindan al mismo tiempo que los cuidados curativos o regulares. Los cuidados paliativos incluyen lo siguiente: • planificación de atención avanzada • evaluación y consultas de cuidados paliativos • un plan de atención que incluye todos los cuidados paliativos y curativos autorizados, incluidos los servicios sociales médicos y de salud mental • servicios de su equipo de atención designado • coordinación de la atención • manejo del dolor y los síntomas No es posible recibir cuidados paliativos y para enfermos desahuciados al mismo tiempo si tiene más de 21 años. Si está recibiendo cuidados paliativos y cumple con la elegibilidad de atención para enfermos desahuciados, puede solicitar el cambio a atención para enfermos desahuciados en cualquier momento.		\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de hospitalización parcial y ambulatorios intensivos* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de pareja certificado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional certificado. Puede ayudar a prevenir que tenga que internarse en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional certificado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico* Pagamos por los siguientes servicios: • Atención médica necesaria por motivos médicos o servicios quirúrgicos que se brindan en lugares tales como: ○ consultorio médico ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios del hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico general, si su médico los ordena para saber si necesita tratamiento. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ tiene una visita en persona dentro de los seis (6) meses anteriores a su primera visita de telesalud Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico* (continuación) ○ tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias ● Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de salud rural y Centros de salud calificados federalmente. ● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ no es un paciente nuevo y ○ la consulta no está relacionada con una visita a la oficina en los últimos 7 días y ○ la consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima. ● Evaluación de video y/o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las siguientes 24 horas si: ○ no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita disponible más próxima. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico* (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: ○ cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas ○ ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos faciales ○ extracción de dientes antes de los tratamientos de radiación del cáncer neoplásico ○ servicios que estarían cubiertos cuando fueran proporcionados por un médico *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0
	Servicios de podología* Pagamos por los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • atención de rutina de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección de cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	\$0
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados* Los dispositivos protésicos reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • prueba, ajuste o capacitación para el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • bolsas de colostomía y suministros relacionados con la atención de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, tubos y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • soportes • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • prótesis para reemplazar completa o parcialmente un elemento facial externo que se haya extraído o dañado como resultado de una enfermedad, lesión o defecto congénito • crema y pañales para la incontinencia Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados* (continuación) Pagamos algunos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos. También pagamos la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado de la visión" más adelante en esta tabla para obtener más detalles. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	\$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar* Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe tener una referencia para rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un médico general debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones personales de asesoramiento de comportamiento de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las brinda un médico general. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	\$0
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se encuentran en esta lista: • una habitación semiprivada o una habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluidas dietas especiales • servicios de enfermería • terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • los medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluido el almacenamiento y la administración Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* (continuación) • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores Por lo general, obtiene su atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda obtener su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan: • un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de atención continua donde vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención de centro de enfermería) • un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted deja el hospital *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco, no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco, y quiere o necesita dejar de fumar: • Pagamos por dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar de fumar incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento cara a cara. Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: • Pagamos por dos (2) intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro (4) visitas cara a cara.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicios supervisados (SET)* Pagamos la Terapia de ejercicio supervisados (Supervised exercise therapy, SET) para miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática que tienen una referencia para EAP del médico responsable del tratamiento de EAP. Nuestro plan paga por: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • un total de 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención de salud lo considera médicamente necesarios El programa SET debe ser: • sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para EAP en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • en un entorno para pacientes ambulatorios del hospital o en el consultorio de un médico • administrado por personal calificado que se asegure de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la EAP • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o personal de enfermería profesional/especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Transportación: transporte médico que no es de emergencia* Este beneficio permite el transporte que sea más accesible y efectivo en costo. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, camilla, camioneta para silla de ruedas, y coordinación con paratransito. Se autorizan las formas de transporte cuando: • su afección médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado, y • es posible que se requiera una autorización previa, según el servicio *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia. Programe su transporte al menos dos (2) días hábiles antes de su cita llamando al 1-866-612-1256 (TTY 711). Consulte la Sección G1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre este servicio.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Transportación: transporte no médico Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otras formas de transporte público/privado. Se requiere transporte con el fin de obtener la atención médica necesaria, incluidos los viajes a las citas con el dentista y para recoger los medicamentos recetados. Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no es de emergencia. La cobertura también incluye: • Viajes ilimitados hacia y desde el gimnasio dentro de un radio de 10 millas desde su dirección de partida. El transporte debe comenzar o terminar en el condado de Orange. • Los medios de transporte al gimnasio o al supermercado incluyen: ○ pases de autobús diarios o mensuales; ○ cupones de OC Access; ○ taxi. Programe su transporte al menos dos (2) días hábiles antes de su cita llamando al 1-866-612-1256 (TTY 711). Consulte la Sección G2 del Capítulo 3 para obtener más información sobre este servicio.	\$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado urgente necesario El cuidado urgente es la atención que se presta para tratar: • situaciones que no son de emergencia que requieren atención médica inmediata, o • una enfermedad médica inesperada, o • una lesión, o • una afección que requiere atención médica de inmediato. Si requiere cuidado urgente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir con un proveedor de la red debido a que, dado al tiempo, lugar y circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección no detectada, pero no es una emergencia médica). Ofrecemos un beneficio de hasta \$100,000 de cobertura por atención de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos. Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de apoyo a CalOptima Health OneCare Flex Plus y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	\$0 copago para el cuidado urgente que necesita. Usted paga por los servicios de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta \$100,000 por año.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Cuidado de la visión Pagamos por los siguientes servicios: • un examen de la vista de rutina cada año y • hasta \$300 para anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cada año Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes oculares anuales para la retinopatía diabética para personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, pagamos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos de 50 años o más • hispanoamericanos de 65 años o más Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserta un lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía.	\$0 copago por el examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la detección anual de glaucoma). \$0 copago por un examen habitual de los ojos (hasta 1 cada año). El plan paga hasta \$300 cada año por un par de anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto. \$0 copago por anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas) y • referencias para otro tipo de atención, si la necesita. Aviso: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, díglele al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0

E. Apoyos comunitarios

Puede recibir apoyos conforme a su plan de atención personalizado. Los apoyos comunitarios son servicios o entornos alternativos médicamente convenientes y económicos para las personas que cuentan con cobertura conforme al Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si usted califica, estos servicios le pueden ayudar a vivir con mayor independencia. No reemplazan los beneficios que ya recibe con Medi-Cal.

Algunos ejemplos de apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen:

Servicios de orientación para la transición de vivienda: los servicios para la transición de vivienda ayudan a las personas a obtener una vivienda permanente. Esto incluye trabajar con un orientador para vivienda a fin de brindar apoyo en el proceso de identificación y solicitud de vivienda, asesoría sobre beneficios y enlaces a recursos.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro debe ser una persona sin vivienda.
 - El miembro está riesgo de quedarse sin vivienda y cumple uno de los siguientes criterios:



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Tiene una o más afecciones crónicas graves.
- Tiene una enfermedad mental grave.
- Está en riesgo de institucionalización.
- Está en riesgo de sobredosis.
- Requiere servicios residenciales debido a un trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD).
- Tiene un trastorno emocional grave.
- Recibe una administración de la atención mejorada (Enhance Care Management, ECM).
- Es una persona joven en edad de transición con barreras significativas para la estabilidad en la vivienda, tales como una o más condenas, un historial de cuidado de crianza temporal, implicación en el sistema de justicia juvenil o penal, una enfermedad mental grave, un trastorno emocional grave o ha sido víctima de tráfico de personas o violencia doméstica.
- El miembro tiene prioridad para una vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada del condado de Orange.
- Las limitaciones incluyen:
 - Las restricciones y limitaciones para los servicios de transición u orientación de vivienda deben identificarse como razonables y necesarias en el Plan de apoyo individualizado para la vivienda del miembro.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Depósitos para vivienda: los depósitos para vivienda ayudan a identificar, coordinar, asegurar o financiar servicios y modificaciones por única vez para ayudar a una persona a establecer un nuevo hogar.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro debe estar sin vivienda o en riesgo de quedarse sin vivienda.
 - El miembro recibe servicios de orientación para la transición de vivienda.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- El miembro tiene prioridad para una vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada del condado de Orange.
- Las limitaciones incluyen:
 - El miembro ya ha recibido depósitos para vivienda.
 - Los miembros también deben recibir servicios de orientación para la transición de vivienda (al menos, la evaluación de inquilinos asociada, la evaluación de vivienda y el Plan de apoyo individualizado para la vivienda) en conjunto con este servicio.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda: los servicios de arrendamiento y mantenimiento de la vivienda ponen en contacto a las personas con el apoyo que necesitan para conservar su hogar de forma permanente, lo que puede incluir asesoramiento, asistencia con problemas relacionados con el propietario y servicios de intervención temprana.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro debe estar sin vivienda o en riesgo de quedarse sin vivienda.
 - El miembro recibe servicios de orientación para la transición de vivienda.
 - El miembro tiene prioridad para una vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada del condado de Orange.
- Las limitaciones incluyen:
 - Estos servicios están disponibles desde el inicio de los servicios hasta el momento en que el plan de apoyo para la vivienda de la persona determina que ya no son necesarios.
 - Solo estarán disponibles por una única vez en la vida de la persona.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Alojamiento a corto plazo posterior a la hospitalización: el alojamiento a corto plazo posterior a la hospitalización proporciona alojamiento a un plazo mayor a los miembros que se encuentran sin hogar y tienen una necesidad médica o de salud del comportamiento. Este servicio no solo ayuda en la etapa de recuperación, sino que también da tiempo a los miembros para que encuentren y se muden a un hogar permanente.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro se encuentra en atención de recuperación, hospitalizado, en un centro residencial de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, en un centro residencial de tratamiento para la salud mental, en un centro penitenciario o en un centro de enfermería.
 - El miembro debe estar sin vivienda o en riesgo de quedarse sin vivienda.
- Las limitaciones incluyen:
 - Este es un beneficio por una única vez y no debe exceder una duración de seis (6) meses.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Atención de recuperación (relevo médico): la atención de recuperación (relevo médico) es un alojamiento a corto plazo para personas sin hogar que se recuperan de una lesión o enfermedad que podrían beneficiarse de la supervisión médica mientras termina su recuperación.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro debe estar sin vivienda o en riesgo de quedarse sin vivienda.
 - El miembro está en riesgo de hospitalización o en la etapa posterior a la hospitalización.
 - El miembro vive solo y no tiene apoyos formales.
- Las limitaciones incluyen:
 - Un miembro no puede utilizar más de 90 días consecutivos de atención de recuperación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Servicios de relevo: los servicios de relevo brindan la asistencia y el apoyo que tanto necesitan los cuidadores de los miembros que requieren supervisión. Estos servicios pueden prestarse dentro o fuera del hogar y permiten a los cuidadores tomarse un descanso de sus tareas continuas.

- Condiciones para ser elegible:
 - La persona vive en la comunidad y tiene dificultades para realizar sus actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL) y, por lo tanto, depende de un cuidador calificado que le proporciona la mayor parte del apoyo y que requiere el relevo del cuidador para evitar la admisión a una institución.
- Las limitaciones incluyen:
 - Este servicio es únicamente para evitar admisiones de las cuales sería responsable el plan de cuidado administrado de Medi-Cal.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Programas de habilitación diurna: los programas de habilitación diurna brindan a las personas las habilidades necesarias para desenvolverse con éxito en el entorno comunitario, por ejemplo, desarrollar relaciones interpersonales, adquirir habilidades para la vida diaria y utilizar el transporte público.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro no tiene vivienda.
 - El miembro está en riesgo de quedarse sin vivienda o de institucionalización.
 - El miembro dejó de ser una persona sin vivienda e ingresó a una vivienda en los últimos 24 meses.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Las limitaciones incluyen:
 - Los miembros que puedan ser incluidos en todas las categorías no serán elegibles para este servicio.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en

<https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Transición de establecimientos de enfermería o derivación a centros de vivienda

asistida: la transición de establecimientos de enfermería o derivación a centros de vivienda asistida proporciona servicios de apoyo para que las personas puedan volver a un entorno comunitario cómodo o evitar el ingreso a largo plazo en un establecimiento de enfermería.

- Condiciones para ser elegible:
 - Para la transición de establecimientos de enfermería:
 - El miembro residió más de 60 días en un establecimiento de enfermería.
 - Está dispuesto a vivir en un entorno de vivienda asistida como alternativa a un establecimiento de enfermería.
 - Puede residir con seguridad en un centro de vivienda asistida con apoyos adecuados y rentables.
 - Para la derivación de establecimientos de enfermería:
 - Le interesa permanecer en la comunidad.
 - El miembro quiere y puede residir de manera segura en un centro de vivienda asistida con apoyos y servicios adecuados y rentables.
 - Debe recibir actualmente servicios de nivel de atención (Level of Care, LOC) de un establecimiento de enfermería médicamente necesarios o cumplir con los criterios mínimos para recibir servicios de LOC de un establecimiento de enfermería y, en lugar de ir a un centro, elegir permanecer en la comunidad y continuar recibiendo servicios de LOC de un establecimiento de enfermería médicamente necesario en un centro de vivienda asistida.
- Las limitaciones incluyen:
 - Los miembros son directamente responsables de pagar sus propios gastos de manutención.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Servicios de transición comunitaria o transición de un centro de enfermería a un hogar: los servicios de transición comunitaria o transición de un establecimiento de enfermería a un hogar proporcionan servicios de apoyo y modificaciones para que las personas puedan volver de un establecimiento de enfermería a una residencia privada.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro actualmente recibe servicios de LOC de un establecimiento de enfermería médicamente necesarios y, en lugar de permanecer en el establecimiento de enfermería o en un entorno de relevo médico, elige hacer la transición al hogar y continuar recibiendo los servicios de LOC de un establecimiento de enfermería médicamente necesarios;
 - Ha vivido más de 60 días en un hogar para personas mayores o en un entorno de relevo médico;
 - Está interesado y dispuesto a regresar a la comunidad; **y**
 - Puede residir con seguridad en la comunidad con apoyos y servicios adecuados y rentables.
- Las limitaciones incluyen:
 - Los servicios de transición comunitaria no incluyen gastos mensuales de alquiler o hipoteca, alimentos, cargos por servicios públicos regulares o electrodomésticos o artículos del hogar que estén destinados a fines puramente recreativos o de distracción.
 - Los servicios de transición comunitaria son pagaderos hasta un monto máximo total de \$7,500 de por vida.
 - Los servicios de transición comunitaria deben ser necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, y sin los cuales el miembro no podría mudarse a la residencia privada y luego requeriría la continuación o reinstitucionalización.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Servicios de atención personal y de trabajo doméstico: los servicios de atención personal y de trabajo doméstico son para las personas que necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria, de modo que puedan seguir viviendo de forma independiente en el hogar. Normalmente, se prestan en conjunto con los servicios de apoyo en el hogar, que también se ofrecen por medio de Medi-Cal.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro está en riesgo de hospitalización o de ser internado en un establecimiento de enfermería, ●
 - El miembro tiene deficiencias funcionales y no tiene otro sistema de apoyo adecuado, ●
 - El miembro tiene la aprobación para servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) o una solicitud presentada pendiente de evaluación del trabajador social y determinación de horas.
- Las limitaciones incluyen:
 - El miembro vive en un centro, por ejemplo, un centro de alojamiento y cuidados, un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) o un establecimiento de enfermería.
 - El miembro no ha solicitado los IHSS.
 - El miembro tiene acceso a apoyo de cuidadores confiables por parte de familiares o amigos.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones al hogar): las adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones al hogar) proporcionan financiamiento para adaptaciones físicas que hacen posible que una persona siga viviendo de forma segura e independiente en su hogar.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro está en riesgo de ser internado en un establecimiento de enfermería.
- Las limitaciones incluyen:
 - Si se encuentra disponible otro servicio del plan estatal, como equipo médico duradero (DME) con el que se lograrían los mismos objetivos de independencia y evitar el ingreso a una institución.
 - Los servicios deben realizarse de acuerdo con los códigos de construcción estatales y locales aplicables.
 - Los servicios son pagaderos hasta un monto máximo total de \$7,500 de por vida.
 - Los servicios no incluyen mejoras estéticas.
 - Las modificaciones se limitan a aquellas que sean de beneficio médico o correctivo directo para el miembro y excluyen adaptaciones o mejoras que sean de utilidad general para el hogar.
 - Los servicios no permiten realizar ampliaciones a la vivienda para aumentar los pies cuadrados.
 - CalOptima Health debe proporcionar al propietario y al miembro documentación escrita que establezca que las modificaciones son permanentes, y el estado no es responsable del mantenimiento o reparación de una modificación ni de la eliminación de ningún medicamento si el miembro deja de vivir en la residencia.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Comidas médicamente personalizadas o comidas de soporte médico: las comidas médicamente personalizadas o comidas de soporte médico son un servicio que proporciona asistencia alimentaria directa y apoyo educativo mediante la entrega de comidas nutritivas y abarrotes a personas con enfermedades crónicas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro tiene una afección médica que reúne los requisitos, entre las cuales se incluyen:
 - diabetes, trastornos cardiovasculares, fallo cardíaco congestivo, derrame cerebral, enfermedad pulmonar crónica, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), cáncer, diabetes gestacional u otras afecciones perinatales de alto riesgo y trastornos de salud mental o del comportamiento crónicos o incapacitantes
 - El miembro recibió el alta del hospital o de un establecimiento de enfermería especializada o tiene un alto riesgo de ser hospitalizado o ingresado en un establecimiento de enfermería.
 - El miembro tiene amplias necesidades de coordinación de la atención.
- Las limitaciones incluyen:
 - El miembro no tiene acceso a un refrigerador.
 - El miembro recibe alimentos en su hogar a través de otro programa.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Centros de rehabilitación: los centros de rehabilitación son lugares alternativos para las personas que se encuentran en un estado de embriaguez pública, los cuales proporcionan un entorno seguro y de apoyo para lograr la sobriedad.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro tiene 18 años o más.
 - Debe estar intoxicado.
 - Debe estar consciente.
 - Debe colaborar.
 - Debe ser capaz de caminar.
 - No debe tener un comportamiento violento.
 - No debe implicar ningún riesgo médico (incluidos síntomas de abstinencia que pongan en peligro la vida o síntomas subyacentes aparentes).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Debe estar dispuesto a recibir servicios.
- Las limitaciones incluyen:
 - La persona tiene menos de 18 años.
 - Está médicamente inestable para permanecer en este entorno.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Remediaciones para el asma: las remediaciones para el asma prevén modificaciones físicas en el entorno doméstico para garantizar que una persona pueda seguir viviendo en él de forma segura y evitar episodios de asma agudos.

- Condiciones para ser elegible:
 - El miembro tiene asma mal controlada según se determine por alguna de las siguientes condiciones:
 - una consulta en el departamento de emergencias o una hospitalización;
 - dos (2) consultas de cuidado urgente por enfermedad en los últimos 12 meses;
 - una puntuación de 19 o menos en la prueba de control del asma.
- Las limitaciones incluyen:
 - El miembro participa en otro plan estatal que le permitiría lograr los mismos objetivos para prevenir emergencias u hospitalizaciones por asma.

Los miembros pueden tener acceso a este servicio solicitando una referencia a través de una autoreferencia, por referencia de un proveedor de atención médica o por referencia de un proveedor de apoyo comunitario. Los formularios de referencia se pueden encontrar en el sitio web de CalOptima Health en <https://www.caloptima.org/en/About/CurrentInitiatives/CalAIM/ReferralForms>.

Si necesita ayuda o le gustaría saber qué apoyos comunitarios pueden estar disponibles para usted, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)** o llame a su proveedor de atención médica.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del pago por servicio del Plan Original de Medicare o Medi-Cal.

F1. Transiciones comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones comunitarias de California (California Community Transitions, CCT) utiliza organizaciones líderes locales para ayudar a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal, que han vivido en un centro para pacientes hospitalizados durante al menos 90 días consecutivos, a hacer la transición de regreso y permanecer seguros en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el período previo a la transición y durante los 365 días posteriores a la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un entorno comunitario.

Puede obtener servicios de coordinación de transición de cualquier organización líder de CCT que preste servicios en el condado en el que vive. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes del CCT y los condados a los que prestan servicios en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para los servicios de coordinación de transición del CCT

Medi-Cal paga los servicios de coordinación de transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para servicios no relacionados con su transición del CCT

El proveedor nos factura por sus servicios. Nuestro plan paga por los servicios prestados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de transición del CCT, pagamos los servicios que se encuentran en la **Sección D** de la Tabla de beneficios.

Sin cambios en el beneficio de cobertura de medicamentos

El programa CCT **no** cubre medicamentos. Usted continúa recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información.

Aviso: Si necesita atención de transición que no sea del CCT, llame a su coordinador de atención personal para programar los servicios. La atención de transición que no sea del CCT es atención que **no** está relacionada con su transición de una institución o centro.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

F2. Medi-Cal Dental

Ciertos servicios dentales están disponibles a través de Medi-Cal Dental. Puede obtener más información en el sitio web smilecalifornia.org. Los servicios de Medi-Cal Dental incluyen, pero no se limitan a, servicios tales como:

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- terapia de conducto radicular
- dentaduras postizas y completas, ajustes, reparaciones y realineaciones

Para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Medi-Cal, comuníquese con la línea de servicio al cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita. Los representantes de Medi-Cal Dental están disponibles para ayudarlo de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar el sitio web en smilecalifornia.org para obtener más información.

Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales. Consulte la **Sección D** de la Tabla de beneficios para obtener más información.

F3. Atención para enfermos desahuciados

Tiene derecho a elegir la atención para enfermos desahuciados si su proveedor y el director médico del centro de atención para enfermos desahuciados determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare. El plan debe ayudarlo a encontrar programas de atención para enfermos desahuciados certificados por Medicare. Su médico de atención para enfermos desahuciados puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la **Sección D** de la Tabla de beneficios para obtener más información sobre lo que pagamos mientras recibe los servicios de atención para enfermos desahuciados.

Para servicios de atención para enfermos desahuciados y servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal

- El proveedor de atención para enfermos desahuciados factura a Medicare por sus servicios. Medicare paga los servicios de atención para enfermos desahuciados relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Para servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Usted no paga nada por estos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por la atención para enfermos desahuciados y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información.

Aviso: Si tiene una enfermedad grave, es posible que sea elegible para recibir cuidados paliativos, que brindan cuidado en equipo centrado en el paciente y la familia para mejorar su calidad de vida. Usted puede recibir cuidados paliativos y cuidados curativos o regulares al mismo tiempo. Consulte la sección anterior de Cuidados paliativos para obtener más información.

Aviso: Si necesita atención que no sea de atención para enfermos desahuciados, llame a su coordinador de atención personal para programar los servicios. La atención que no es para enfermos desahuciados es la atención que no está relacionado con su pronóstico terminal.

F4. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) ayudará a pagar los servicios que se le proporcionen para que pueda quedarse de forma segura en su propio hogar. Los IHSS se consideran una alternativa a los cuidados fuera del hogar, como los centros de enfermería o los centros de alojamiento y cuidados.
- Los tipos de servicios que pueden autorizarse por medio de los IHSS son: limpieza doméstica, preparación de comidas, lavandería, compra de alimentos, servicios de atención personal (por ejemplo, ayuda para ir al baño, para bañarse, para el aseo personal, y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar los IHSS en la agencia de servicios sociales de su condado. Llame a IHSS al 1-714-825-3000 para obtener información.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F5. 1915(c) Programas de Exención para servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Exención para vida asistida (ALW)

- El programa de Exención para vida asistida (Assisted Living Waiver, ALW) ofrece a los beneficiarios elegibles de Medi-Cal la opción de residir en un entorno de vida asistida como alternativa al ingreso a largo plazo en un centro de enfermería. El objetivo de la ALW es facilitar la transición de un centro de enfermería de regreso a un entorno comunitario y cómodo, o evitar la admisión a un centro de enfermería especializada para beneficiarios con una necesidad inminente de ingreso a un centro de enfermería.
- Los miembros que están inscritos en la ALW pueden permanecer inscritos en la ALW y al mismo tiempo, recibir beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de coordinación de la atención de la ALW para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar la ALW.

Consulte a continuación para una lista de las agencias locales de coordinación de la atención de la ALW que prestan servicios en el condado de Orange:

- | | |
|---|---|
| ○ A-Biz Health Systems
Teléfono: 1-818-654-6874 | ○ Central Coast Healthcare
Services
Teléfono: 1-888-852-7260 |
| ○ AARP Care Coordination Agency
Teléfono: 1-805-695-3200 | ○ Concise Home Health Services
Teléfono: 1-310-912-3156 |
| ○ Access TLC Home Health Care
Teléfono: 1-818-551-1900 o
1-800 852-9887 | ○ Faith in Angels Hospice
Teléfono: 1-818-509-0934 |
| ○ All Hours Adult Care, SPC
Teléfono: 1-844-657-4748 | ○ Grandcare Assisted Living
Services
Teléfono: 1-877-405-6990 |
| ○ Anthem Hospice Providers Inc.
Teléfono: 1-909-533-4553 | ○ Guidant Care Management
Teléfono: 1-844-494-6304 |
| ○ Archangel Home Health Inc.
Teléfono: 1-562-861-7047 | ○ Home Health Services of
California
Teléfono: 1-213-385-9949 |
| ○ Bayview Hospice
Teléfono: 1-855-962-4800 | ○ I Care Hospice, Inc
Teléfono: 1-818-238-9188 |
| ○ Calstro Hospice, Inc.
Teléfono: 1-909-929-7312 | |



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- | | |
|---|--|
| ○ Libertana Home Health Care
Teléfono: 1-818-902-5000 | ○ The Caring Connection
Teléfono: 1-818-368-5007 |
| ○ Media Home Health
Teléfono: 1-818-536-7468 | ○ True Care Home Health
Teléfono: 1-888-944-6248 |
| ○ Prestigious Health Services
Teléfono: 1-626-331-7300 | ○ Universal Home Care, Inc.
Teléfono: 1-323-653-9222 |
| ○ River of Light Hospice
Teléfono: 1-909-748-7999 | ○ Victor Valley Home Health Services
Teléfono: 1-442-327-9060 |
| ○ Sierra Hospice Care Inc.
Teléfono: 1-213-380-1100 | ○ Vigilans Home Health Services
Teléfono: 1-909-748-7980 |
| ○ Star Nursing, Inc.
Teléfono: 1-916-542-1445 | |

Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para ciudadanos de California con discapacidades del desarrollo (HCBS-DD)

Exención del programa de autodeterminación (SDP) de California para personas con discapacidades del desarrollo

- Existen dos exenciones 1915(c), la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con discapacidades del desarrollo (Home and Community Based Services for Developmental Disabilities, HCBS-DD) y la Exención del programa de autodeterminación (Self-Determination Program, SDP), que proporcionan servicios a personas a las que se les diagnosticó una discapacidad del desarrollo que comienza antes de que la persona cumpla 18 años y se espera que continúe indefinidamente. Ambas exenciones son una forma de financiar determinados servicios que permiten a las personas con discapacidades del desarrollo vivir en el hogar o en la comunidad en lugar de residir en un centro de salud autorizado. El programa Medicaid del gobierno federal y el estado de California financian en conjunto el costo de estos servicios. Su coordinador de atención personal puede ayudarle a ponerse en contacto con los servicios de exención de DD.

Exención para alternativas basadas en el hogar y la comunidad (HCBA)

- La Exención para alternativas basadas en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA) proporciona servicios de administración de la atención a personas que están en riesgo de ingresar en un hogar para personas mayores o en una institución. Los servicios de administración de la atención los presta un equipo de administración de la atención multidisciplinario compuesto



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

por un enfermero y un trabajador social. El equipo coordina los servicios de la exención y del plan estatal (por ejemplo, servicios médicos, de salud del comportamiento, de apoyo en el hogar, etc.) y organiza otros servicios y apoyos a largo plazo disponibles en la comunidad local. Los servicios de administración de la atención y de la exención se prestan en la residencia comunitaria del participante. Esta residencia puede ser particular, estar garantizada mediante un contrato de arrendamiento o ser la residencia de un familiar del participante.

- Los miembros que están inscritos en la exención para HCBA pueden permanecer inscritos en la exención para HCBA y, al mismo tiempo, recibir beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones para HCBA para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar la HCBA.

Consulte a continuación para una lista de las agencias locales de coordinación de la atención de la HCBA que prestan servicios en el condado de Orange:

- | | |
|--------------------------|--|
| ○ Access TLC | ○ Libertana Home Health |
| Teléfono: 1-800-852-9887 | Teléfono: 1-800-750-1444 o
1-818-902-5000 |

Programa de Exención de Medi-Cal (MCWP)

- El Programa de Exención de Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) brinda servicios integrales de administración de casos y de atención directa a personas que viven con VIH como alternativa a la atención en centros de enfermería o a la hospitalización. La administración de casos es un enfoque de equipo que se centra en el participante y que está conformado por un enfermero titulado y un administrador de casos de trabajo social. Los administradores de casos trabajan con el participante y sus médicos generales, su familia, sus cuidadores y otros proveedores de servicios para evaluar las necesidades de atención y mantener al participante en su hogar y comunidad.
- Los objetivos del MCWP son: (1) brindar servicios en el hogar y la comunidad a personas con VIH que, de lo contrario, podrían requerir servicios institucionales; (2) ayudar a los participantes con la administración de la salud como consecuencia de VIH; (3) mejorar el acceso al apoyo social y de salud del comportamiento y (4) coordinar a los proveedores de servicios y eliminar la duplicidad de servicios.
- Los miembros que están inscritos en la exención del MCWP pueden permanecer inscritos en la exención del MCWP y al mismo tiempo, recibir beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su agencia de exenciones del MCWP para coordinar los servicios que recibe.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar el MCWP.

Consulte a continuación para información de la agencia local de coordinación de la atención del MCWP que presta servicios en el condado de Orange:

- Radiant Health Centers (anteriormente AIDS Services Foundation) Teléfono: 1-949-809-5700

Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP)

- El Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ofrece servicios sociales y de administración de la atención médica para ayudar a las personas a permanecer en sus propios hogares y comunidades.
- Aunque la mayoría de los participantes en el programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, el MSSP coordina la atención continua, pone en contacto a los participantes con otros servicios y recursos comunitarios necesarios, se coordina con los proveedores de atención médica y adquiere algunos servicios necesarios que, de otro modo, no estarían disponibles, a fin de evitar o retrasar la institucionalización. El costo anual total combinado de la administración de la atención y de otros servicios debe ser inferior al costo de recibir atención en un establecimiento de enfermería especializada.
- Un equipo de profesionales de la salud y de servicios sociales proporciona a cada participante en el MSSP una evaluación de salud y psicosocial completa para determinar qué servicios son necesarios. Posteriormente, el equipo trabaja con el participante en el MSSP, su médico, su familia y otras personas para desarrollar un plan de atención individual. Los servicios incluyen:
 - administración de la atención
 - atención diurna para adultos
 - reparaciones menores o mantenimiento del hogar
 - servicios complementarios de tareas domésticas, atención personal y supervisión de protección
 - servicios de relevo
 - servicios de transporte
 - servicios de asesoría y terapéuticos
 - servicios de comidas
 - servicios de comunicación



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Los miembros que están inscritos en la exención del MSSP y que hayan sido trasladados a la atención administrada de Medi-Cal pueden permanecer inscritos en la exención del MSSP y al mismo tiempo, recibir beneficios que brinda nuestro plan. Nuestro plan trabaja con su proveedor del MSSP para coordinar los servicios que recibe.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar el MSSP.

Para obtener más información sobre el MSSP o para presentar la solicitud para el programa, llame a CalOptima Health MSSP al **1-714-347-5780**.

F6. Servicios de salud del comportamiento del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud del comportamiento necesarios por motivos médicos que cubren Medicare y Medi-Cal. Brindamos acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por el cuidado administrado de Medicare y Medi-Cal. Nuestro plan no brinda servicios especializados de salud mental de Medi-Cal ni servicios para trastornos por consumo de sustancias del condado, pero estos servicios están disponibles para usted a través de las agencias de salud del comportamiento del condado.

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (Mental Health Plan, MHP), si cumple con los criterios para acceder a los servicios especializados de salud mental. Los servicios de Medi-Cal para la salud mental brindados por el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo para medicamentos
- tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- intervención en casos de crisis
- estabilización en casos de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial en casos de crisis
- servicios en centros de salud psiquiátrica
- servicios de hospitalización psiquiátrica
- servicios de manejo de casos específicos
- servicios de apoyo entre compañeros



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en casa

Los servicios del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal están disponibles para usted a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de medicamentos de Medi-Cal brindados por su condado incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- tratamiento residencial para trastornos por el consumo de sustancias durante el periodo perinatal
- servicios de tratamiento ambulatorio
- programa para el tratamiento por el consumo de narcóticos
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad

Los servicios del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- servicios de hospitalización parcial
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios de manejo de la abstinencia
- programa para el tratamiento por el consumo de narcóticos
- servicios de recuperación
- coordinación de la atención médica
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad
- servicios de manejo de contingencias



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Además de los servicios mencionados anteriormente, podrá tener acceso a los servicios voluntarios hospitalarios de desintoxicación si cumple los requisitos.

Si tiene preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento, la autorización de servicios, la evaluación del nivel de discapacidad para determinar los servicios apropiados, llame a la línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health al **1-855-877-3885 (TTY 711)** y elija la opción CalOptima Health OneCare.

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluido” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagan por ellos.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no cubrimos bajo ninguna condición y algunos excluidos por nosotros solo en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otra parte de esta *Guía para miembros*), salvo en las condiciones específicas que se enumeran. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, el plan no pagará por los servicios. Si cree que nuestro plan debe pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre apelaciones.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables ni médicamente necesarios”, según Medicare y Medi-Cal, a menos que estén enumerados como servicios cubiertos.
- Medicamentos, artículos y tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubra. Consulte el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los artículos y tratamientos experimentales son aquellos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, salvo cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Una habitación privada en un hospital, salvo cuando sea médicamente necesaria.
- Personal de enfermería de turno privado.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Tarifas cobradas por sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.
- Comidas entregadas en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejoramiento optativos o voluntarios (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma correcta. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que sean similares.
- Servicios quiroprácticos, que no sea la manipulación manual de la columna de conformidad con las pautas de cobertura.
- Cuidado de los pies de rutina, salvo como se describe en los servicios de podología en la **Sección D** de la Tabla de beneficios.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un aparato ortopédico para la pierna y estén incluidos en el costo del aparato ortopédico, o que los zapatos sean para una persona con pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, salvo zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.
- Reversión de procedimientos de esterilización.
- Servicios de naturópata (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios brindados a veteranos en instalaciones de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de los montos de sus costos compartidos.
- Los servicios de paramédicos son tratamientos médicos de emergencia brindados en el lugar por un paramédico. Llame a su ayuntamiento para obtener información sobre la cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor ordena para usted y que obtiene en una farmacia. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* le informa cuánto paga por estos medicamentos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Estos generalmente incluyen medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta médica o con otro proveedor, y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos.
- Además de la cobertura del plan de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos, es posible que sus medicamentos estén cubiertos por el Plan Original de Medicare si se encuentra en un centro de atención para enfermos desahuciados de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F3 del Capítulo 5**: “En un programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare”.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro proveedor) debe recetar el medicamento y la orden debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su médico general. También podría ser otro proveedor si su médico general le ha dado una referencia para que lo atienda.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Su proveedor recetante **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión o cualquier lista similar de Medi-Cal.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos “*lista de medicamentos*”. (Consulte la **Sección B** en este capítulo).

- Si no está en la *lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si se le otorga una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
- Tenga en cuenta también que la solicitud para cubrir su medicamento recetado se evaluará según los estándares de Medicare y Medi-Cal.

Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Es posible que su proveedor recetante pueda ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado. Los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx que se usan para tratar afecciones que no estén aprobados por la FDA o respaldados por los libros de referencia se llama “uso no indicado en la etiqueta”. Los medicamentos que se receten para usos no indicados en la etiqueta no son médicamente aceptados y, por lo tanto, no están cubiertos a menos que: el uso no indicado en la etiqueta se describa en literatura avalada por pares y el medicamento es médicamente necesario. Según Medi-Cal Rx, médicamente necesario significa que la administración del medicamento es razonable y necesaria para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades graves, o aliviar dolores agudos a través del diagnóstico o tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la **Sección C** en este capítulo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Índice de contenido

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados	164
A1. Cómo surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red	164
A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir un medicamento recetado	164
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red	164
A4. Qué hacer si su farmacia deja la red	165
A5. Uso de una farmacia especializada	165
A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	165
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	166
A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan	166
A9. Reembolso de pago por un medicamento recetado	167
B. Lista de medicamentos de nuestro plan	167
B1. Medicamentos en nuestra lista de medicamentos	167
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra lista de medicamentos	168
B3. Medicamentos que no están en nuestra lista de medicamentos	169
B4. Niveles de costo compartido de la lista de medicamentos	170
C. Límites en algunos medicamentos	170
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	172
D1. Obtener un suministro temporal	173
D2. Solicitar un suministro temporal	175
D3. Solicitar una excepción	175
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	176
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	179
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan	179
F2. En un centro de atención a largo plazo	179
F3. En un programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare	179



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos 180

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura 180

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos 181

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de
medicamentos opioides. 182



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

A. Cómo surtir sus medicamentos recetados

A1. Cómo surtir su medicamento recetado en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos recetados solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir medicamentos recetados para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir un medicamento recetado

Para surtir su medicamento recetado, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Es posible que deba pagarle un copago a la farmacia cuando recoja su receta.

Recuerde, necesita su tarjeta de Medi-Cal o tarjeta de identificación de beneficios (BIC) para obtener los medicamentos cubiertos por Medi-Cal Rx.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro o BIC con usted cuando surta su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque su información de miembro en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja. Entonces puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. **Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros*.
- Si necesita ayuda para surtir un medicamento recetado, comuníquese con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita resurtir su medicamento recetado, puede pedir que su proveedor le dé una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si tiene una renovación restante.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

A4. Qué hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, los medicamentos recetados deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para surtir sus medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios a Proveedores de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, IHCP), la Organización indígena urbana (Urban Indian Organization, UIO), y programas y servicios de atención médica indígena, tribal y urbana. Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o capacitación para su uso. (Aviso: estos casos ocurren en circunstancias limitadas.)

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A6. Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Nuestro plan **no** ofrece servicios de pedido por correo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una afección médica crónica o de largo plazo. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su copago puede ser más bajo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

A8. Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte con Servicios para Miembros para comprobar si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Pagamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- No puede obtener un medicamento recetado cubierto oportunamente en su área de servicio porque una farmacia de la red no está disponible o no está en operación. (Por ejemplo, no hay una farmacia de la red que proporcione servicio las 24 horas a una distancia razonable en automóvil).
- Necesita surtir una receta para un medicamento cubierto que no tengan en existencia en una farmacia de la red que sea accesible. (Por ejemplo, un medicamento especializado).
- Está de viaje fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le termina el medicamento, si pierde su medicamento o si se enferma y no puede tener acceso a una farmacia de la red.
- El medicamento recetado es necesario para tratar una emergencia médica o urgente cuando las farmacias de la red no están disponibles.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

- Está surtiendo un medicamento recetado durante un evento declarado como desastre o emergencia de salud pública federal donde es evacuado o desplazado de su hogar y no tiene acceso a una farmacia de la red.

A9. Reembolso de pago por un medicamento recetado

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en lugar de un copago cuando recibe su medicamento recetado. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Si paga el costo total de su medicamento recetado que pudiera estar cubierto por Medi-Cal Rx, es posible que la farmacia le reembolse una vez que Medi-Cal Rx pague el medicamento. Alternativamente, puede pedirle a Medi-Cal Rx que le devuelva el dinero presentando el reclamo de "Reembolso de gastos directos de su bolsillo de Medi-Cal (Conlan)". Puede encontrar más información en el sitio web de Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* para obtener más información al respecto.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Contamos con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos "*lista de medicamentos*".

Seleccionamos los medicamentos de la *lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *lista de medicamentos* también le informa las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *lista de medicamentos* de nuestro plan cuando sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra lista de medicamentos

Nuestra *lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por su plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Nuestra *lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y suelen costar menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *lista de medicamentos*.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *lista de medicamentos*

Para averiguar si un medicamento que toma está en nuestra *lista de medicamentos*, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en **www.caloptima.org/OneCare**. La *lista de medicamentos* en nuestro sitio web es siempre la más actualizada.
- Llamar a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en nuestra *lista de medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información.
- Utilizar nuestra “Herramienta de beneficios en tiempo real” en **www.caloptima.org/OneCare** o llamar a Servicios para Miembros. Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la lista que podrían tratar la misma afección.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

B3. Medicamentos que no están en nuestra *lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en nuestra *lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrir esos medicamentos. En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *lista de medicamentos*.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si cree que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones.

Las siguientes son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye la Parte D de Medicare) no puede pagar un medicamento que ya cubre la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare de forma gratuita, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no haya sido aprobado para tratarla. Esto se llama “uso no indicado en la etiqueta”. Nuestro plan generalmente no cubre medicamentos recetados para uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, Medicare o Medi-Cal no pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado*
- medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales recetados, salvo a vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro*
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

- medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida o aumento de peso*
- medicamentos externos cuando la compañía que los fabrica indica que debe recibir pruebas o servicios que solamente provee el fabricante

*Algunos productos pueden estar cubiertos por Medi-Cal. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información.

B4. Niveles de costo compartido de la lista de medicamentos

Cada medicamento en nuestra *lista de medicamentos* está en uno de dos niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o medicamentos de venta libre). Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento.

El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. El copago para los medicamentos en este nivel es de \$0, \$1.60 o \$4.90.

El nivel 2 incluye medicamentos de marca. El copago para los medicamentos en este nivel es de \$0, \$4.80 o \$12.15.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, busque el medicamento en nuestra *lista de medicamentos*.

El **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de los análisis de sangre. Si usted o su proveedor piensan que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, solicítenos que hagamos una excepción. Podemos o no estar de acuerdo en permitirle utilizar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando, respectivamente, existe una versión genérica o biosimilar intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suelen costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible de un medicamento de marca o un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le brindan la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- No obstante, si su proveedor nos da la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni el biosimilar intercambiable ni otro medicamento cubierto que sirva para tratar la misma afección funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor recetante deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su medicamento recetado. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igualmente efectivos antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, y el Medicamento A cuesta menos que el Medicamento B, es posible que le solicitemos que pruebe el Medicamento A primero.

Si el Medicamento A **no** funciona para usted, cubrimos el Medicamento B. Esto se conoce como terapia por etapas.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en **www.caloptima.org/OneCare**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones mencionadas anteriormente, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para Miembros* para obtener más información al respecto.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. Es posible que el medicamento no esté en nuestra *lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado en cuanto a su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o límites especiales. Como se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o su proveedor recetante deseen solicitarnos una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo cubramos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en nuestra *lista de medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - ya no está en nuestra *lista de medicamentos* o
 - nunca estuvo en nuestra *lista de medicamentos* o
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en una de estas situaciones:
 - Estaba en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta es para menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare.**

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionar su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta indica que es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- Está cambiando de un tratamiento a otro (esto se llama cambio de nivel de atención).
 - Los ejemplos de un cambio de nivel de atención incluyen: ingresar a un centro de atención a largo plazo de un hospital de atención aguda; ser dado de alta del hospital; terminar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare para pasar a cobertura de la Parte D de Medicare; renunciar al estatus del centro de atención para enfermos desahuciados para volver a los beneficios normales de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare; terminar una estadía en un centro de cuidado a largo plazo y volver a la comunidad; y ser dado de alta de un hospital psiquiátrico.
 - Si tiene un cambio de nivel de atención, cubriremos un suministro temporal de su medicamento. Este suministro temporal será un suministro para un máximo de 30 días. Si la receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Se debe surtir la receta en una farmacia de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro.

Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan puede cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una *lista de medicamentos* que cubrimos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarlo a solicitar una.

D3. Solicitar una excepción

Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para solicitar una excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1.º de enero, pero es posible que agreguemos o eliminemos medicamentos de nuestra *lista de medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requiere o no la aprobación previa (PA) para un medicamento (obtener permiso de nosotros antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Consulte la **Sección C** para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos.

Si toma un medicamento que cubríamos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca en el mercado un nuevo medicamento más barato que funcione tan bien como un medicamento de nuestra *lista de medicamentos* ahora, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retira un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *lista de medicamentos*, siempre puede:

- consultar nuestra *lista de medicamentos* actual en línea en **www.caloptima.org/OneCare**, o
- llamar a Servicios para Miembros al número que figura al pie de la página para consultar nuestra *lista de medicamentos* actual.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Cambios que podemos hacer a la *lista de medicamentos* que le afectan durante el año de plan actual

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* ocurrirán de inmediato. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original que está actualmente en la *lista de medicamentos*. Cuando eso suceda, es posible que eliminemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero el costo del nuevo medicamento permanecerá igual o será menor.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que realizamos una vez que suceda.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de esta guía para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la FDA dice que un medicamento que está tomando no es seguro o efectivo, o si el fabricante retira un medicamento del mercado, podemos eliminarlo de inmediato de nuestra *lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Puede trabajar con su médico u otro proveedor recetante para localizar un medicamento diferente que podemos cubrir para su enfermedad. Puede llamar Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar su enfermedad.

Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informamos con anticipación acerca de estos otros cambios en nuestra *lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona una nueva guía o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Cuando ocurren estos cambios, debemos:

- informarle al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a nuestra *lista de medicamentos* o
- avisar y darle un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro proveedor recetante. Su proveedor puede ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en nuestra *lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Cambios a la lista de medicamentos que no le afectan durante el año de plan actual

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma, que no se describen anteriormente y que no le afectan en este momento. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos a **principios** del año, generalmente no eliminamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que paga por el resto del año.

Si ocurren cambios en alguno de los medicamentos que está tomando (salvo a los cambios mencionados en la sección anterior), dichos cambios no afectarán su uso hasta el 1.º de enero del próximo año.

Durante el año en curso, no le informaremos directamente sobre este tipo de cambios. Deberá consultar la *lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios que le afectarán durante el próximo año del plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan

Si es ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Consulte el **Capítulo 6** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3. En un programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de atención para enfermos desahuciados y nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que esté inscrito en un centro de atención para enfermos desahuciados de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que el centro de atención para enfermos desahuciados no cubra porque no está relacionado con su pronóstico y afecciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico recetante o de su proveedor de atención para enfermos desahuciados de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

- Para evitar un retraso para obtener cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor de atención para enfermos desahuciados o al médico recetante que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si deja el centro de atención para enfermos desahuciados, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier retraso en una farmacia cuando termine su beneficio de atención para enfermos desahuciados de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que dejó el centro de atención para enfermos desahuciados.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que informan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre el beneficio de atención para enfermos desahuciados.

G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surta una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- puede que no sean necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- puede que no sean seguros para su edad o género
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos recetados, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En tales casos, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno para usted, a través de un programa de administración terapéutica de medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si califica para este programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a los medicamentos
- la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre

Luego, le darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, cuándo los toma y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su proveedor recetante sobre su plan de acción y *lista de medicamentos*.

- Lleve su plan de acción y *lista de medicamentos* a su visita anual o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su *lista de medicamentos* con usted si acude al hospital o a la sala de emergencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si no desea participar, infórmenos y lo retiraremos del programa.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opioides

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios proveedores recetantes o farmacias o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus proveedores recetantes para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si al trabajar con sus proveedores recetantes, decidimos que no usa los medicamentos opioides o con benzodiazepina recetados con seguridad, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- requerir que obtenga todas las recetas para esos medicamentos de ciertas farmacias y/o de ciertos proveedores recetantes
- limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si creemos que una o más limitaciones deben aplicarse a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si será necesario que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un proveedor o farmacia específicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores recetantes o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos.

Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con el riesgo de uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y su proveedor recetante pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo cuidados de atención para enfermos desahuciados, cuidados paliativos o de fin de vida, o
- vive en un centro de atención a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo le informa lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” nos referimos a:

- medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Le enviamos un folleto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para quienes obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. Ayuda adicional también se conoce como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Para obtener más información sobre medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - A esta la llamamos la “*lista de medicamentos*”. En ella le indicamos:
 - qué medicamentos pagamos
 - en cuál de los dos niveles se encuentra cada medicamento
 - si hay algún límite en los medicamentos



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

- Si necesita una copia de nuestra *lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra lista de medicamentos en nuestro sitio web en **www.caloptima.org/OneCare**.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por CalOptima Health OneCare Flex Plus. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 1-800 977-2273. Traiga su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga sus recetas a través de Medi-Cal Rx.
- **Capítulo 5** de la *Guía para miembros*.
 - Allí se le indica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos recetados no cubre nuestro plan.
 - Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que los costos que aparecen en la herramienta reflejan un momento en el tiempo para brindar una estimación del costo de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Índice de contenido

A. La Explicación de beneficios (EOB)	187
B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos	188
C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare	190
D. Etapa 1: la etapa de cobertura inicial	190
D1. Sus opciones de farmacia	191
D2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento	191
D3. Lo que usted paga	191
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	192
E. Etapa 2: la etapa de cobertura catastrófica	193
F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro mensual completo	193
G. Ayuda con el costo compartido de medicamentos para personas con VIH/SIDA	194
G1. El Programa de ayuda para medicamentos para el SIDA (ADAP)	194
G2. Si no está inscrito en el ADAP	194
G3. Si ya está inscrito en el ADAP	194
H. Vacunas	195
H1. Lo que debe saber antes de vacunarse	195
H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	195



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos recetados. Llevamos la cuenta de dos tipos de costos:

- Los **gastos directos de su bolsillo**. Esta es la cantidad de dinero que usted u otros en su nombre pagan por sus recetas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de la ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de atención médica indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos recetados a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma como los aumentos en el precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos recetados recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1.º de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan como gastos directos de su bolsillo.
- La mayoría de los medicamentos recetados que obtiene de una farmacia están cubiertos por el plan. Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para obtener más información. También puede llamar al Centro de servicio al cliente de Medi-Cal al 1-800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga recetas a través de Medi-Cal Rx.
- Consulte nuestra *lista de medicamentos* para averiguar qué medicamentos cubre nuestro plan.

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos

Para llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de esta manera:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas obtiene y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Denos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos por nuestra parte del costo del medicamento.

Estos son algunos ejemplos en las que debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos por nuestra parte del costo de un medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los gastos directos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Obtuvo los medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos incluidos?** ¿Coinciden con los que figuran en los recibos? ¿Son los medicamentos los mismos que le recetó su médico?

Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus o consulta la *Guía para miembros* de CalOptima Health OneCare Flex Plus. Puede encontrar una copia de nuestra *Guía para miembros* en nuestro sitio web en www.caloptima.org/OneCare.

¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no parece correcto en esta EOB, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus. También puede encontrar respuestas a muchas de sus dudas en nuestro sitio web: www.caloptima.org/OneCare.

¿Y qué tal un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que no toma o cualquier otra cosa que parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

- Si sospecha que un proveedor que recibe Medi-Cal cometió fraude, desperdicio o abuso, tiene el derecho de denunciarlo llamando al número gratuito confidencial: 1-800-822-6222. Puede encontrar otras formas de informar el fraude de Medi-Cal en:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Si cree que algo está mal o que algo falta, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar respuestas a muchas de sus dudas en nuestro sitio web: www.caloptima.org/OneCare. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: etapa de cobertura inicial	Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros pagamos una cuota de los costos de sus medicamentos y usted paga su cuota. Su cuota se llama copago. Usted comienza esta etapa cuando obtiene su primera receta médica del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2025. Usted comienza esta etapa cuando ha pagado una cierta cantidad de gastos directos de su bolsillo.

D. Etapa 1: la etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos una cuota del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su cuota. Su cuota se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Todos los medicamentos de la *lista de medicamentos* de nuestro plan están en uno de los dos niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número de nivel, más alto es el copago. Consulte nuestra *lista de medicamentos* para encontrar los niveles de costo compartido para sus medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

- Los medicamentos del Nivel 1 son medicamentos genéricos. El copago es de \$0 a \$4.90, dependiendo de sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 son medicamentos de marca. El copago es de \$0 a \$12.15, dependiendo de sus ingresos.

D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- una farmacia de la red o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para saber cuándo lo hacemos.

Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre estas opciones.

D2. Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento.

D3. Lo que usted paga

Durante la etapa de cobertura inicial, puede pagar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Su cuota del costo cuando recibe un suministro de un mes o de largo plazo de un medicamento recetado cubierto de:



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o hasta de 30 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de la <i>Guía para miembros</i> para obtener detalles.
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	\$0, \$1.60 o \$4.90 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.	\$0, \$1.60 o \$4.90 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.	\$0, \$1.60 o \$4.90 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca)	\$0, \$4.80 o \$12.15 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.	\$0, \$4.80 o \$12.15 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.	\$0, \$4.80 o \$12.15 dependiendo del nivel de “ayuda adicional” que reciba.

Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros de largo plazo.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando los gastos directos de su bolsillo alcanzan los \$2,000. En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos sus costos de medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Su EOB le ayuda a llevar la cuenta de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,000. Muchas personas no lo alcanzan en un año.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

E. Etapa 2: la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica comienza cuando el límite de gastos directos de su bolsillo por medicamentos recetados alcance los \$2,000. Usted permanece en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro mensual completo

Generalmente, usted realiza un copago para cubrir un suministro de un medicamento cubierto para todo un mes. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que haya casos en los que desee preguntarle a su médico sobre la receta de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no pagará el costo del suministro para todo el mes de ciertos medicamentos.

Cuando le den un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en el número de días del medicamento que recibe. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicamos por el número de días para los que reciba el medicamento.

- Por ejemplo, digamos que el copago de su medicamento para un suministro de todo un mes (un suministro para 30 días) es de \$1.35. Eso significa que el monto que paga por su medicamento es de \$0.05 por día. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será menor a \$0.05 por día, multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de menos de \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funciona, antes de pagar el suministro para un mes completo.
- También puede pedir a su proveedor que le recete menos de un mes completo de un medicamento para ayudarle a:
 - planificar mejor cuando surta de nuevo sus medicamentos,
 - coordinar el surtido de sus medicamentos con otros medicamentos que toma, **y**
 - hacer menos viajes a la farmacia.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

G. Ayuda con el costo compartido de medicamentos para personas con VIH/SIDA

G1. El Programa de ayuda para medicamentos para el SIDA (ADAP)

El Programa de ayuda para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP cumplen los requisitos para la ayuda con el costo compartido por medicamentos a través de la Oficina del SIDA para personas inscritas en el ADAP, del Departamento de salud pública de California.

G2. Si no está inscrito en el ADAP

Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web del ADAP en www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Si ya está inscrito en el ADAP

El ADAP puede seguir proporcionando a sus clientes la ayuda para el costo compartido de los medicamentos de la Parte D de Medicare, para los medicamentos de la lista del ADAP. Para garantizar que siga recibiendo esta ayuda, informe a su trabajador de inscripciones del ADAP local de cualquier cambio en el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare. Si necesita ayuda para encontrar el centro de inscripción o al trabajador de inscripciones del ADAP más cercano, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web indicado más arriba.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

H. Vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan o llame a Servicios para Miembros para los detalles sobre la cobertura y el costo compartido para determinadas vacunas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

H1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse para que le expliquen su parte del costo.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle su cuota del costo.
- Podemos decirle cómo mantener sus costos bajos utilizando proveedores y farmacias de la red. Los proveedores y farmacias de la red acuerdan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no pague nada por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.

H2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (la enfermedad para cual se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran un beneficio de salud, más que un medicamento. Estas vacunas están cubiertas, sin ningún costo a usted. Consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medi-Cal

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *lista de medicamentos* del plan. Es posible que deba realizar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité asesor sobre prácticas de inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, entonces la vacuna no tendrá costo para usted.

Las siguientes son tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare y se la aplican en una farmacia de la red.
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún costo.
 - En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará un copago por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico le administra la inyección.
 - Usted paga un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la administración de la inyección.
 - En este caso, el consultorio de su médico deberá llamar a nuestro plan para confirmar que solo tiene que pagar el copago de la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le administre la inyección.
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún tipo de costo para usted.
 - En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la administración de la inyección.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para pedirnos que la paguemos. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de su *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	198
B. Cómo enviarnos una solicitud de pago	202
C. Decisiones de cobertura	203
D. Apelaciones	204



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No debe recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan de salud por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de CalOptima Health OneCare Flex Plus le facturen por estos servicios o medicamentos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de medicamentos o atención médica, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de lo que le correspondía del costo, tiene derecho a ser reembolsado.
 - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le devolveremos el dinero.
- Si pagó por servicios de Medi-Cal que ya recibió, puede calificar para un reembolso (que se le devuelva el dinero) si cumple con todas las siguientes condiciones:
 - El servicio que recibió es cubierto por Medi-Cal y somos responsables de pagarlo. No le reembolsaremos por un servicio que no esté cubierto por CalOptima Health OneCare Flex Plus.
 - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de CalOptima Health OneCare Flex Plus.
 - Solicita que se le pague dentro de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
 - Proporciona comprobante de que pagó por el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
 - Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito con Medi-Cal dentro de la red de CalOptima Health OneCare Flex Plus. No necesita cumplir con esta condición si recibe atención de emergencia, servicios de planificación familiar o cualquier otro servicio que Medi-Cal permita a los proveedores fuera de la red realizar sin aprobación previa (autorización previa).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

- Si el servicio cubierto normalmente requiere una aprobación previa (autorización previa), debe proporcionar un comprobante del proveedor que muestre la necesidad médica del servicio cubierto.
- CalOptima Health OneCare Flex Plus le informará si será reembolsado a través de una carta llamada Aviso de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito con Medi-Cal debe devolverle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, CalOptima Health OneCare Flex Plus le devolverá el monto total que pagó. Le reembolsaremos dentro de los 45 días hábiles posteriores a la recepción de la reclamación. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a devolverle el dinero, CalOptima Health OneCare Flex Plus se lo devolverá, pero solo hasta la cantidad que pagaría Medi-Cal de pago por servicio (FFS). CalOptima Health OneCare Flex Plus le devolverá el monto total de su bolsillo por servicios de emergencia, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permita a los proveedores fuera de la red realizar sin aprobación previa. Si no cumple con una de las condiciones anteriores, no le devolveremos el dinero.
- No le devolveremos el dinero si:
 - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, tales como los servicios cosméticos.
 - El servicio no es cubierto para CalOptima Health OneCare Flex Plus.
 - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario indicando que desea ser atendido de todos modos y que pagará por los servicios usted mismo.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamar si desea brindarnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos envíe la factura.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos un reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiendo que pague algo que usted cree que no debe pagar. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó.
 - Si se debe pagar al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de lo que le correspondía del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado; sin embargo, a veces los proveedores de la red cometen errores y le piden que pague por los servicios o más del monto de su parte de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** al número que figura al pie de la página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le cobren más de esta cantidad. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar algunos cargos, a usted no le corresponde pagarlos. Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más de lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Cuando es inscrito de manera retroactiva en nuestro plan

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva, lo que significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso pudo haber sido el año pasado.

- Si fue inscrito de manera retroactiva y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitar que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si utiliza una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento recetado.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos los medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de medicamentos de la Parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo, puede pedirle a la farmacia que nos llame o busque la información de inscripción de su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el monto total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de medicamentos de la Parte D de Medicare de un medicamento que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (lista de medicamentos) en nuestro sitio web, o que tenga un requisito o restricción que usted no conoce o que no cree que se aplique a usted. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros*).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

- Si usted y su médico u otro médico que le recete un medicamento creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. En algunos casos, es posible que tengamos que obtener más información de su médico u otro proveedor recetante para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el monto total que pagó si el precio que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento debe estar cubierto. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por él.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y comprobante de cualquier pago que realizó por los servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que escribió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención personal.

Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información necesaria para decidir, puede llenar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No está obligado a utilizar el formulario, pero eso nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (www.caloptima.org/OneCare), o puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar el formulario.

Envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Para hacer reclamos de farmacia, envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

CalOptima Health OneCare Flex Plus
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Debe enviarnos su reclamo antes de tres (3) años después de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la cantidad de dinero, si la hay, que debe pagar.

- Le informaremos si necesitamos más información de usted.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo por él. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo postal por lo que usted pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no pagó, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del por el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Consulte la **Sección E** del **Capítulo 9** para obtener más información sobre las decisiones de cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones:

- Consulte la **Sección F** para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica.
- Consulte la **Sección G** para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs . . .	207
A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades	208
A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị	209
A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می کند	210
A. 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리	211
A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利	212
A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك	213
B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.	214
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI) . .	215
C1. Cómo protegemos su PHI	216
C2. Su derecho a ver sus registros médicos	217
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	217
E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le cobren directamente. . . .	218
F. Su derecho a abandonar nuestro plan	218



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 219

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones..... 219

G2. Su derecho a expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar
decisiones propias sobre su atención médica..... 219

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones 221

**H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos
nuestras decisiones..... 221**

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información
sobre sus derechos 221

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 222



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese and Arabic and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - To request materials in the available languages and other formats, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free,
 - You can also make a standing request. Your request will be saved in our system for all future mailings and communications, **and**
 - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. The call is free.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que se le brinden **todos** los servicios de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de manera en que pueda entenderla, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluyendo español, vietnamita, persa, coreano, chino y árabe, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - Para solicitar materiales en los idiomas disponibles y en otros formatos, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
 - También puede hacer una solicitud de manera permanente. Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para cualquier correspondencia y comunicados futuros, **y**
 - Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-800-368-1019. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải bảo đảm **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc và tiếng Ả rập và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu thanh. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ hoặc gửi thư đến CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
 - Để yêu cầu các tài liệu bằng các ngôn ngữ và định dạng khác hiện có, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí,
 - Quý vị cũng có thể thực hiện một yêu cầu thường trực. Yêu cầu của quý vị sẽ được lưu trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và thông tin liên lạc trong tương lai, **và**
 - Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi cho:

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. حقوق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازها شما را برآورده می کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به روشی که شما ارائه شوند که از لحاظ فرهنگی کارآمد و قابل دسترسی باشند. ما همچنین مزایای برنامه درمانی ما و حقوق شما را به روشی که برایتان قابل درک باشد به شما اطلاع می دهیم. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که برایتان قابل درک باشد، با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید. برنامه درمانی ما برای پاسخگویی به سؤالات شما خدمات مترجم شفاهی را به زبان های گوناگون در دسترس قرار می دهد.

- طرح ما همچنین میتواند اطلاعات را به زبانهایی غیر از انگلیسی و قالبهایی مانند چاپ درشت، خط بریل طرح ما همچنین میتواند مطالب را به زبانهایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، چینی و عربی و در قالبهایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالبهای جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا کتبی خود را به CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 بفرستید.

- برای درخواست مطالب به زبان های موجود و سایر فرمت ها، لطفاً با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.

- می توانید یک درخواست دائمی را نیز ارائه کنید. درخواست شما برای مراسلات و مکاتبات در آینده در سیستم ما ذخیره خواهد شد، و

- برای لغو یا ایجاد تغییرات در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلاتی مواجه هستید یا می خواهید شکایتی را تسلیم نمایید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare به شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** می توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره **1-916-440-7370** کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.
- سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره **1-800-368-1019** کاربران TTY باید با شماره **1-800-537-7697** تماس بگیرند.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

A. 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 모든 서비스가 문화적으로 적절하고, 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 한, 매년 귀하의 권리에 대해 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 영어 이외 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나의 자료를 받기 원하시면 고객 서비스로 전화하거나 또는 CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 로 편지를 보내십시오.
 - 가능한 언어 및 기타 형식의 자료를 요청하려면, 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다.
 - 영구적 요청도 가능합니다. 귀하의 요청은 앞으로의 모든 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다. 또한,
 - 영구 요청을 취소 또는 변경하길 원하시면, 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일 24시간전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있고 불만을 제기하려면:

- Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주 7일 24시간 연락이 가능합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (메디-칼 시민 권익사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권익사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 로 전화하십시오.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. 您以符合您需求的方式獲取信息的權利

我們必須確保以具有文化能力和可訪問性的方式向您提供**所有**服務。我們必須以您可以理解的方式告訴您有關計畫的福利和您的權利。您在我們計畫中的每一年我們都必須告知您您的權利。

- 若需要以您可以理解的方式獲取信息，請致電客戶服務部。我們的計畫有免費口譯服務，可用於回答不同語言的問題。
- 我們的計畫還可以為您提供英語以外其他語言的資料，包括西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文和阿拉伯語以及大字體、盲文或音頻等格式的資料。要取得這些替代格式之一的資料，請致電客戶服務部或寫信到 CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868。
 - 要索取可用語言和其他格式的材料，請致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。
 - 您也可以提出長期請求。您的請求將保存在我們的系統中，以供以後所有郵件和通信使用**並且**
 - 要取消或更改您的長期請求，請致電**1-877-412-2734 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。此通電話免費。

如果您因為語言問題或殘疾而無法從我們的計畫中獲取信息，並且您想提出投訴，請撥打：

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。服務時間為每週7天，每天24小時。TTY用戶請致電1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話：1-916-440-7370。TTY用戶請撥打 711。
- 請致電衛生與公眾服務部，民權辦公室專線 1-800-368-1019。TTY用戶請撥打 1-800-537-7697。



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا وسهلة الوصول إليها. يجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خططنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك كل عام تكون مسجلًا في خططنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها ، اتصل بخدمة العملاء. تحتوي خططنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

- يمكن أن توفر لك خططنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية والفيتنامية والفارسية والكورية والصينية والعربية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوتيات. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى . CalOptima Health OneCare Flex Plus, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868

- لطلب المواد باللغات المتاحة والتنسيقات الأخرى ، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

- يمكنك أيضًا تقديم طلب دائم. سيتم حفظ طلبك في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية، و

- لإلغاء أو إجراء تغيير في طلبك المستديم ، يرجى الاتصال **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خططنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل على:

- Medicare على 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 1-916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 711.

- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية ، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-800-537-7697.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
La llamada es gratuita. **Para obtener más información, visite**
www.caloptima.org/OneCare.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad, teniendo en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener su información médica confidencial.
- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (médico general) de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como médico general y cómo elegir un médico general en el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros*.
 - Llame a Servicios para Miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su médico general para usar un proveedor que no es su médico general.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención médica fuera de la red.
- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica que se necesita con urgencia sin aprobación previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Consulte el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre los proveedores fuera de la red.
- Cuando se une a nuestro plan por primera vez, tiene derecho a conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertas condiciones. Consulte el **Capítulo 1** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención personal.
- Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus.
- Tiene derecho a obtener información sobre las Guías de práctica clínica (Clinical Practice Guidelines, CPG) de CalOptima Health.
 - Las guías de práctica clínica se basan en las últimas investigaciones médicas y ayudan a los médicos a decidir el mejor curso de tratamiento. Puede encontrar las CPG en nuestro sitio web en <https://www.caloptima.org/en/ForProviders/Resources/ClinicalPracticeGuidelines>.

En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se le informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (personal health information, PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos, y otra información médica y de salud.

Tiene derechos en cuanto a su información y al control de cómo se utiliza su PHI. Le proporcionamos un aviso por escrito denominado "Aviso de prácticas de privacidad" que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

Los miembros que pueden dar su consentimiento para recibir servicios confidenciales no están obligados a obtener la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales o presentar un reclamo por servicios confidenciales. CalOptima Health OneCare Flex Plus dirigirá las comunicaciones relacionadas con los servicios confidenciales a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o el número de teléfono designados alternativos de un miembro o, en ausencia de una designación, al nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono en archivo. CalOptima Health OneCare Flex Plus no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

recibe atención médica. CalOptima Health OneCare Flex Plus aceptará las solicitudes de comunicación confidencial en la forma y el formato solicitados, si se puede producir fácilmente en la forma y el formato solicitados, o en ubicaciones alternativas. La solicitud de un miembro de comunicaciones confidenciales relacionadas con servicios confidenciales será válida hasta que el miembro revoque la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por su método de contacto preferido (por ejemplo, por teléfono de casa o trabajo) o que le enviemos su correspondencia a una dirección diferente.

Tomaremos en cuenta todas las solicitudes justas. Tendremos que acceder si nos indica que usted podría estar en riesgo si no lo hacemos.

Protegemos su PHI según lo requieren las leyes federales y estatales.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no proporcionamos su PHI a ninguna persona que no le brinde cuidados o que no pague por sus cuidados. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su autorización por escrito.

A veces no necesitamos obtener su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley:

- Debemos divulgar la PHI a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de los cuidados de salud de nuestro plan.
- Podemos divulgar la PHI si así lo decreta un tribunal, pero solo si está permitido por la ley de California.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales. En la mayoría de los casos, si usamos o compartimos su PHI para fines no relacionados con el tratamiento, pagos u operaciones, primero debemos recibir su autorización por escrito. Comuníquese con nosotros si tiene alguna preferencia en la forma en que divulgamos su información. Para obtener más información, consulte el Aviso de prácticas de privacidad.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C2. Su derecho a ver sus registros médicos

- Tiene derecho a ver sus registros médicos y obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corriamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer cambios.
- Tiene derecho a saber si y cómo compartimos su PHI con otros.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Los materiales para los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus están disponibles en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino o árabe. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille, datos en disco compacto (CD) o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones hechas por los miembros
 - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar de médico general
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores en nuestra red



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de la *Guía para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de la *Guía para miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
 - Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros*), incluso puede pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que tiene
-

E. La imposibilidad de que los proveedores de la red le cobren directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Consulte el **Capítulo 7** de la *Guía para miembros* para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través del Plan Original de Medicare u otro plan de Medicare Advantage (MA).
 - Puede obtener sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos recetados o de otro plan de MA.
 - Consulte el **Capítulo 10** de la *Guía para miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos recetados o MA.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.
-



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su estado de salud y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados. Debemos informarle con anticipación si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a utilizar otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención médica.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le niega la atención médica que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que generalmente no cubrimos.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se le indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones propias sobre su atención médica

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le suceda, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario escrito que **otorga a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare.**

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluido la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “instrucción anticipada”. Hay diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para la atención médica.

No está obligado a tener una instrucción anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una instrucción anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las farmacias y las oficinas de los proveedores a menudo tienen los formularios. Puede encontrar un formulario gratis en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir el formulario.
- **Completar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Debe considerar la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su médico general, lo ayuden a completarlo.
- **Entregar copias a las personas que necesitan saber.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.
- Si está hospitalizado y tiene instrucciones anticipadas firmadas, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado y si lo tiene consigo.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones anticipadas firmado, el hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a:

- Hacer que sus instrucciones anticipadas se incluyan en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.
- Informarse sobre los cambios en las leyes de instrucciones anticipadas. CalOptima Health OneCare Flex Plus le informará sobre los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la oficina del Ombudsman del Departamento de Servicios de Atención Médica de California al 1-888-452-8609.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención médica cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no** se trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de la *Guía para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- El Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222 o bien al 1-714-560-0424. Consulte el **Capítulo 2** para obtener más detalles sobre HICAP.
- El Programa del Ombuds al 1-888-452-8609. Consulte el **Capítulo 2** de esta guía para obtener más detalles sobre este programa.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Leer la *Guía para miembros*** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre lo siguiente:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de la *Guía para miembros*. Esos capítulos le informan qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y cuánto paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de la *Guía para miembros*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos recetados** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y otros proveedores de atención médica** que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención médica.
 - Comparta con ellos la información que necesitan sobre usted y su salud. Procure aprender todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que hayan establecido usted y sus proveedores.
 - Comprenda sus necesidades médicas y participe activamente con sus proveedores de atención médica para desarrollar y llegar a un acuerdo sobre su plan de tratamiento.
 - Informe a CalOptima Health OneCare Flex Plus y a sus proveedores de atención médica lo que necesitamos saber sobre su estado de salud para poder brindarle la atención adecuada.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- Haga cualquier pregunta que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Trabajar con su coordinador de atención personal**, incluida la realización de una evaluación anual de riesgos de salud.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, hospitales y en otros consultorios médicos.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus, Medi-Cal paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo completo.** (Aviso: si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avísenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en nuestro plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de la *Guía para miembros* se le informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - Informe a Medicare y Medi-Cal su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de la *Guía para miembros* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medi-Cal.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Avísenos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó su plan sobre su atención médica.
- Cree que sus servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.
- Tiene un problema o una queja con sus servicios y apoyo a largo plazo, que incluyen Servicios para adultos en la comunidad (CBAS) y servicios en centros de enfermería (NF).

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, consulte las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su atención médica como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención médica, puede llamar al Programa del Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las diferentes opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del Ombudsman para recibir orientación con su problema. Consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para miembros* para obtener recursos adicionales para abordar sus inquietudes y formas de comunicarse con el programa.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Índice de contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud	227
A1. Acerca de los términos legales	227
B. Dónde obtener ayuda	227
B1. Para más información y ayuda	227
C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan	228
D. Problemas con sus beneficios	229
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	229
E1. Decisiones de cobertura	229
E2. Apelaciones	230
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	231
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?	232
F. Atención médica	232
F1: Cuándo usar esta sección	232
F2: Cómo solicitar una decisión de cobertura	233
F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	235
F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	239
F5. Problemas de pago	243
G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	245
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	245
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	247
G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción	248
G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	249
G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	252
G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	254



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

H. Pedir que cubramos una estadía más larga en el hospital	256
H1. Información sobre sus derechos de Medicare	256
H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	257
H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	259
I. Pedir que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	260
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	261
I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1	261
I3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2	263
J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	264
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	264
J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal	266
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	266
K. Cómo presentar una queja	268
K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?	268
K2. Quejas internas	269
K3. Quejas externas	271



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas**, también llamadas reclamaciones.

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Hay términos legales en este capítulo para algunas reglas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podamos. Usamos abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Realizar una queja” en lugar de “presentar una reclamación”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para más información y ayuda

A veces es confuso comenzar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o tiene energía limitada. Otras veces, es posible que no tenga la información que necesita para dar el siguiente paso.

Ayuda del Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud

Puede llamar al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con su problema. HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de seguros o plan de salud. HICAP tiene asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número telefónico del HICAP es 1-800-434-0222.

Ayuda del Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas sobre la cobertura de salud. Se ofrece ayuda legal gratuita. El Programa Ombuds no está afiliado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Su número telefónico es 1-855-501-3077 y su sitio web es www.healthconsumer.org.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos formas de obtener ayuda de Medicare:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>).

Ayuda e información de Medi-Cal

Ayuda del Departamento de Servicios para la Atención Médica de California

El Ombudsman de Atención Médica de Medi-Cal del Departamento de Servicios para la Atención Médica (DHCS) de California puede brindar asistencia. Pueden ayudarle si tiene problemas para inscribirse, cambiar o abandonar un plan de salud. También pueden ayudarle si se mudó y tiene problemas para transferir su Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

C. Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Medi-Cal. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de atención administrada de Medicare y Medi-Cal. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medi-Cal.

A veces, los procesos de Medicare y Medi-Cal no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Medi-Cal. En la **Sección F4** se explican estas situaciones.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, consulte las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.	
Sí.	No.
Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	Mi problema no se trata de beneficios o cobertura.
Consulte la Sección E : "Decisiones de cobertura y apelaciones".	Consulte la Sección K : "Cómo presentar una queja".

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación aborda problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica de su parte (consulte la **Sección G** del **Capítulo 4** de su *Guía para miembros*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare o Medi-Cal ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Manejan su apelación revisores diferentes de los que tomaron la decisión desfavorable original.

En la mayoría de los casos, debe comenzar su apelación en el Nivel 1. Si su problema de salud es urgente o implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o si está experimentando un dolor intenso y necesita una decisión inmediata, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) ante el Departamento de Atención Médica Administrada en www.dmhc.ca.gov. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema se trata la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo que cubre la parte D de Medicare o Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo que cubre Medicare y Medi-Cal, la carta le informa sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar por otros niveles de apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicios para Miembros** a los números que figuran al pie de la página.
- **Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP)** al 1-800-434-0222.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado.** Tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos.
 - Solicite un abogado de asistencia legal del Programa Ombuds de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.

Complete el Formulario de nombramiento de un representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le da permiso a alguien para que actúe en su nombre.

Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página y solicite el “Formulario de nombramiento de un representante. También puede obtener el formulario al visitar

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web

<https://www.caloptima.org/es-MX/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx>. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Damos detalles para cada uno en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F:** Atención médica
- **Sección G:** Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare
- **Sección H:** Pedir que cubramos una estadía más larga en el hospital.
- **Sección I:** Pedir que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos. (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos por nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de su *Guía para miembros*. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Cuando es el caso, explicamos cómo difieren las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare de las reglas para los servicios y artículos médicos.

F1: Cuándo usar esta sección

En esta sección se explica lo que puede hacer en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero que no recibe.

Lo que usted puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que usted puede hacer: puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. Recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que usted puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que pensó que cubríamos y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que usted puede hacer: puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para cierta atención médica y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que usted puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que involucren la reducción o suspensión de su cobertura para cierta atención médica, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

6. Está experimentando retrasos en su atención o no puede encontrar un médico.

Lo que usted puede hacer: puede presentar una queja. Consulte la **Sección K2**.

F2: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **"determinación de la organización integrada"**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura al:

- llamar por teléfono: **1-877-412-2734 (TTY 711)**
- enviar un fax: **1-714-246-8711**
- enviar una carta: CalOptima Health OneCare Flex Plus
505 City Parkway West,
Orange, CA 92868



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que aceptemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le brindamos una respuesta sobre lo siguiente:

- Un servicio o artículo médico dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es
“determinación acelerada”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiera una respuesta rápida, solicite que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre:

- Un servicio o artículo médico dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.
- Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede pedir una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- El uso de los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indicará y usaremos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:
 - Que le brindaremos una decisión de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida.

Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si decimos que **No**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo ○
- si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

- Si su médico u otro proveedor recetante solicita continuar con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es posible que deba nombrarlo su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación por usted, incluya un Formulario de nombramiento de un representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario al visitar [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696 Spanish.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696%20Spanish.pdf) o en nuestro sitio web **www.caloptima.org/es-MX/ForMembers/OneCare/MemberDocuments/CommonForms.aspx**.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - rechazaremos su solicitud **y**
 - le enviaremos un aviso por escrito donde le explicamos su derecho a solicitar que la IRO analice nuestra decisión de rechazar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha plazo y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual se retrasa su apelación cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración acelerada”**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no recibió, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Automáticamente le damos una apelación rápida si su médico nos dice que su salud lo requiere. Si la solicita sin el apoyo de su médico, decidiremos si recibirá una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que lo indica y usamos los plazos estándar en su lugar. La carta le indica:
 - Que le brindamos una apelación rápida automáticamente si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si le informamos que suspenderemos o reduciremos los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de tomar medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuamos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, obtendrá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También obtendrá todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, entonces su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una IRO luego lo revisa. Más adelante en la **Sección F4** de este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo que cubre Medi-Cal (Medicaid), puede presentar usted mismo una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto finalice el plazo. Una División de Audiencias estatales que no está afiliada con CalOptima Health OneCare Flex Plus revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación. Consulte la **Sección F4** para conocer cómo presentar una Audiencia estatal.
- **Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.
- **Si decimos que No a una parte o la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida.
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una IRO luego lo revisa. Más adelante en la **Sección F4** de este capítulo, le informamos sobre esta organización y le explicamos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema se trata de un servicio o artículo que cubre Medi-Cal (Medicaid), puede presentar usted mismo una Audiencia estatal de Nivel 2 ante el estado en cuanto finalice el plazo. Una División de Audiencias estatales que no está afiliada con CalOptima Health OneCare Flex Plus revisa su caso y toma una decisión sobre su apelación. Consulte la **Sección F4** para conocer cómo presentar una Audiencia estatal.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida, y dentro de las 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos la decisión, o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si decimos que **No** a una parte o a todo lo que solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informa que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, la carta le indica cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2.

F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dice si Medicare, Medi-Cal o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medicare**, automáticamente enviamos su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se completa la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que normalmente cubre **Medi-Cal**, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le brinda información al respecto. También incluimos más información más adelante en la **Sección G6** de este capítulo.
- Si su problema se trata de un servicio o artículo que **tanto Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 con la IRO. Además de la apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una audiencia estatal y una revisión médica independiente ante el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener más información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su problema se trata de un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medi-Cal, sus beneficios para ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **“Entidad de revisión independiente”**, a veces denominada **“IRE”**.

- Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si nos presentó una apelación estándar en el Nivel 1, obtendrá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica las razones.

- **Si la IRO dice Sí a parte o la totalidad de una solicitud de un artículo, o servicio médico,** debemos implementar la decisión de inmediato:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
 - Proporcionar el servicio **dentro de los 5 días hábiles** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO **para solicitudes estándar, o**
 - Brindar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO dice Sí a una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **Dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
 - **Dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si la IRO dice que No a una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si continúa con el Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare.**

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador maneja una apelación de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medi-Cal generalmente cubre

(1) Audiencia estatal

Puede solicitar una Audiencia estatal para los servicios y artículos cubiertos por Medi Cal. Si su médico u otro proveedor solicita un servicio o artículo que no aprobaremos, o no continuaremos pagando un servicio o artículo que ya tiene y rechazamos su apelación de Nivel 1, tiene derecho a solicitar una Audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **tiene 120 días para solicitar una Audiencia estatal** después de que se le envíe por correo la carta de “Aviso de decisión de apelación”.

AVISO: Si solicita una Audiencia estatal porque le informamos que un servicio que recibe actualmente se cambiará o suspenderá, **tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras su Audiencia estatal está pendiente. Consulte “¿Continuarán mis beneficios durante las apelaciones de Nivel 2?” en la página 239 para obtener más información.

Hay dos formas de solicitar una Audiencia estatal:

1. Puede completar la “Solicitud de Audiencia estatal” en el reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, el nombre del plan o condado que tomó la medida en su contra, los programas de ayuda involucrados y una razón detallada por la que desea una audiencia. Luego, podrá enviar su solicitud de una de estas maneras:
 - Al departamento de bienestar del condado a la dirección que se muestra en el aviso.
 - Al Departamento de Servicios Sociales de California:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - A la División de Audiencias Estatales al número de fax 1-916-309-3487 o gratuitamente al 1-833-281-0903.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-743-8525. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-952-8349. Si decide solicitar una Audiencia estatal por teléfono, debe tener en cuenta que las líneas telefónicas están muy ocupadas.

La División de Audiencias estatales le da su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la División de Audiencias estatales dice que **Sí** a una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si la División de Audiencias estatales dice que **No** a una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. Esto se llama “mantener la decisión” o “denegar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o la División de Audiencias estatales es **No** para una parte o la totalidad de su solicitud, tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 fue a la **IRO**, puede apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea alcanza una cantidad mínima determinada. Un ALJ o un abogado adjudicador maneja una Apelación de Nivel 3. **La carta que recibe de la IRO explica los derechos de apelación adicionales que puede tener.**

La carta que recibe de la División de Audiencias estatales describe la próxima opción de apelación.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le cobren los servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por el servicio o artículo cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe pedir que pague es el copago para las categorías de medicamentos que requieren un copago.

Si recibe una factura que es mayor que su copago por los servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. Usted no debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o el artículo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para miembros* para obtener más información. Allí se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos pide para el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos a usted o a su proveedor nuestra parte del costo por el servicio o artículo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si el pago se realiza a su proveedor, su proveedor le enviará entonces el pago a usted.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es que **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta que explica los derechos de apelación adicionales que puede tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es que **No** y Medi-Cal generalmente cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que Medi-Cal puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Utilizaremos el término “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” en todas las ocasiones. Para los medicamentos cubiertos solo por Medi-Cal, siga el proceso en la **Sección J2**, o visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273.

Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la lista de medicamentos de nuestro plan
 - eliminemos una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la lista de medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

AVISO: Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“determinación de cobertura”**.

- Nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla a continuación para ayudarle.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o necesita que anulemos una regla o restricción de un medicamento que cubrimos. Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección G2, luego consulte las Secciones G3 y G4.	Quiere que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita. Puede pedirnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya compró y pagó. Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea. Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos). Consulte la Sección G5.
--	---	---	---

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera que le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro proveedor recetante debe explicarle las razones médicas por las que necesita la excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o la eliminación de una restricción en un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción a la lista de medicamentos”**.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro proveedor recetante pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos*.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, deberá pagar el copago que corresponde a los medicamentos de nivel 2 para medicamentos de marca o de nivel 1 para genéricos. No puede obtener una excepción al monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos en nuestra *lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de su *Guía para miembros* para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Estar obligado a utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de aceptar cubrir el medicamento por usted. Esto a veces se denomina “autorización previa”.
 - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia por etapas”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones sobre la cantidad que puede tener.

G3. Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar una excepción

Su médico u otro proveedor recetante debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro proveedor recetante debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor recetante cuando solicite la excepción.

Nuestra *lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Podemos responder que **Sí** o que **No** a su solicitud.

- Si respondemos que **Sí** a su solicitud de excepción, la excepción generalmente dura hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que **No** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener más información sobre cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al **1-877-412-2734** (TTY **711**), escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor recetante) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted o su médico (u otro proveedor recetante) o cualquier otra persona que actúe en su nombre puede solicitar una decisión de cobertura. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que le dé permiso por escrito a su médico u otro proveedor recetante para solicitar una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su *Guía para miembros*.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro proveedor recetante para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro proveedor recetante puede enviarnos por fax o correo la declaración de respaldo. También pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración de respaldo por fax o correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina
“determinación de cobertura acelerada”.

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es por un medicamento que no consiguió. No puede conseguir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se vería gravemente perjudicada si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro proveedor recetante nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la damos. Le enviaremos una carta que lo indique.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico u otro proveedor recetante, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta que le informa que usaremos el plazo estándar. En la carta también se le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le brindamos la cobertura dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si respondemos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le daremos la cobertura dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le devolveremos el dinero dentro de los 14 días calendario.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

G5. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina **“redeterminación”** del plan.

- Puede comenzar su **apelación estándar** o **rápida** si nos llama al **1-877-412-2734** (TTY **711**), nos escribe o envía un fax. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor recetante) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si no cumple con la fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Tener una enfermedad grave o que le hayamos dado información incorrecta sobre la fecha límite son ejemplos de buenas razones. Explique la razón por la cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación.
- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro proveedor recetante deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que los de una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando respondimos que **No** a su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro proveedor recetante para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, una IRO la analiza. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si decimos que **No** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilice el proceso de apelaciones para una Apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando decimos que **No** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” “IRO” es **“Entidad de revisión independiente”**, a veces denominada **“IRE”**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro proveedor recetante deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos que **No** a su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. **Tiene derecho a recibir una copia gratuita del expediente de su caso.** Si necesita ayuda para solicitar una copia gratuita de su expediente, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida ante la IRO.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **Dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **Sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es menor que el mínimo requerido, no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta donde se le indicará el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted elegirá si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO dice que **No** a su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe:



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Decidir si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
- Consultar la carta que le envió la IRO después de su Apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Pedir que cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Consulte el **Capítulo 4** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudan a organizar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál es su fecha de alta.

Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital. En esta sección se le indica cómo solicitarlo.

Además de las apelaciones descritas en esta **Sección H**, también puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC. Puede solicitar una revisión médica independiente además o en lugar de una Apelación de Nivel 3.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien en el hospital, como el personal de enfermería o un asistente social, le entregará un aviso por escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que ingresan a un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos sus derechos a:
 - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dicho.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deja el hospital, obtendrá otra copia antes de que reciba el alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos verifican y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En California, la QIO es Livanta, LLC. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668). La información de contacto también se encuentra en el aviso, "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos", y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no más tarde de la fecha de alta planificada.

- **Si llama antes de irse**, puede quedarse en el hospital después de la fecha de alta planificada sin pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es probable que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Debido a que Medicare y Medi-Cal cubren las hospitalizaciones, si la QIO no atiende su solicitud para continuar su hospitalización, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o está experimentando un dolor intenso, también puede presentar una queja ante el departamento de Quejas y Apelaciones de CalOptima Health OneCare Flex Plus.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.
- Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) al 1-800-434-0222.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

El término legal para "**revisión rápida**" es "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Al mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, recibe otra carta con la fecha de alta planificada. La carta también le explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que es la fecha de alta médicamente adecuada para usted.

El término legal para esta explicación escrita es **"Aviso detallado de alta"**. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios como paciente hospitalizado terminarán al mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación de Nivel 1 y permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada.

H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO le dice que **Sí** a su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra cuota de los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos sus servicios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Aceptan la decisión de ellos sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.
- También puede presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC para continuar su hospitalización. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre cómo presentar una queja y solicitar una revisión médica independiente ante el DMHC.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Pedir que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo de tres tipos de servicios que puede recibir:

- servicios de atención médica domiciliaria,
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada y
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Esto generalmente significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico indique que los necesita.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Cuando decidimos dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos informarle antes de que finalicen sus servicios. Cuando finaliza su cobertura para ese servicio, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se denomina “Aviso de no cobertura de Medicare”. El aviso le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con las fechas límite.** Los plazos son importantes. Comprenda y siga los plazos que se aplican a las cosas que debe hacer. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene dudas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.
 - Llame a HICAP al 1-800-434-0222.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su *Guía para miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídales que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Actúe rápidamente y solicite una “apelación acelerada”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del Aviso de no cobertura de Medicare que le enviamos.
- Si la QIO no atiende su solicitud para continuar la cobertura de sus servicios de atención médica, o si cree que su situación es urgente, implica una amenaza inmediata y grave para su salud, o está experimentando un dolor intenso, también puede presentar una queja ante el departamento de Quejas y Apelaciones de CalOptima Health OneCare Flex Plus.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1 800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación acelerada

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito que explica nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

El término legal para la explicación del aviso es
“Explicación detallada de no cobertura”.

- Los revisores proporcionan su decisión antes de transcurrido un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejamos de pagar los costos de esta atención médica en la fecha del aviso.
- Usted mismo paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o CORF después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2

Para una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la QIO que analice nuevamente la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1. Llámelos al 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si continúa la atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Los revisores de la QIO:

- Volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le informarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra cuota de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Daremos cobertura para la atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su atención médica y no la cambiarán.
- Le darán una carta que le indicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto monto mínimo en dólares, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la IRO para su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **Sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo responde que **Sí** a su Apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **No** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

J2. Apelaciones adicionales de Medi-Cal

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medi-Cal normalmente cubre. La carta que reciba de la División de Audiencias estatales le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. La respuesta por escrito que recibe a su Apelación de Nivel 2 explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o las 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una Apelación de Nivel 4.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **Sí** a su apelación:

- El proceso de apelación ha terminado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de las 72 horas (o las 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación, es posible que el proceso de apelación no termine.

- Si decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá por **Sí** o por **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

K. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No está satisfecho con la calidad de la atención médica, como la atención que recibió en el hospital.
Respeto por su privacidad	• Usted piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor o personal de atención médica fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo expulsado de nuestro plan.
Accesibilidad y ayuda lingüística	• No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor. • Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es el inglés (como lenguaje de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Limpieza	• Cree que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no está limpio.
Información que obtiene de nosotros	• Cree que no le entregamos un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	• Cree que no cumplimos con nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. • Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No cree que enviáramos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna y/o una queja externa. Una queja interna es presentada y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada y revisada por una organización no afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para realizar una queja interna y/o externa, puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

El término legal para una “queja” es una **“reclamación”**.
El término legal para “realizar una queja” es **“presentar una reclamación”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Le enviaremos una carta dentro de los 5 días calendario posteriores a la recepción de su queja para informarle que la recibimos y una carta de resolución dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas. Si tiene un problema urgente que implica un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una “queja rápida”, y respondemos dentro de las 72 horas.

El término legal para “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También proporcionamos una actualización de estado y el tiempo estimado para que obtenga la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja dentro de las 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos ya sea que estemos de acuerdo con la queja o no.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: <https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint>. No es necesario presentar una queja ante CalOptima Health OneCare Flex Plus antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si cree que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Medi-Cal

Puede presentar una queja ante el Ombudsman de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios para la Atención Médica (DHCS) de California llamando al 1-888-452-8609. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que ha sido tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con el idioma. El número telefónico de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de la TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la de la OCR local en:

- Por teléfono: llame al 1-916-440-7370. Si no puede oír o hablar bien, llame al 711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: llene el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Puede localizar los formularios de quejas en www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De forma electrónica: envíe un correo electrónico (email) a CivilRights@dhcs.ca.gov.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Puede comunicarse con la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su OCR local.

Organización para el Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención médica, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención médica directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención médica brindado a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de su *Guía para miembros*.

En California, la QIO se llama Livanta, LLC. El número telefónico de Livanta, LLC es 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de que cancele nuestro plan. Si cancela nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medi-Cal mientras sea elegible. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	274
B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan	275
C. Cómo obtener por separado los servicios de Medicare y Medi-Cal.	276
C1. Sus servicios de Medicare	276
C2. Sus servicios de Medi-Cal.....	281
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	281
F. Reglas contra pedirle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	283
G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	283
H. Dónde obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan	283



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, tiene algunas opciones para cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción anual**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1.º de enero.
- El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- cambia su elegibilidad para Medi-Cal o para recibir Ayuda adicional, o
- acaba de ingresar, actualmente vive en o acaba de salir de un centro de atención de enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para cambiar su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del próximo mes (en este ejemplo, 1.º de febrero).

Si cancela nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la **Sección C1** de la tabla.
- Opciones y servicios de Medi-Cal en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cómo puede cancelar su membresía llamando a: Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página. También puede encontrar el número de la línea TTY.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

- Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP.
- Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- Ombudsman de atención administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o por correo electrónico a MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

AVISO: Si está en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiar al Plan Original de Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan al Plan Original de Medicare pero aún no ha seleccionado un plan de medicamentos separado de Medicare, debe solicitar que lo den de baja de nuestro plan. Hay dos formas en las que puede solicitar ser dado de baja:

- Envíenos una solicitud por escrito. Llame a Servicios para Miembros al número que figura al pie de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY (personas que tienen dificultades auditivas o del habla) pueden llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En la página 277 de la tabla encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando cancele nuestro plan.
- La **Sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, que también finalizaría su membresía en nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

C. Cómo obtener por separado los servicios de Medicare y Medi-Cal

Tiene varias opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal si decide cancelar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare, que se detallan a continuación en cualquier mes del año. Además, tiene una opción adicional que se describe a continuación durante ciertas épocas del año, como **el período de inscripción anual** y el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones mencionadas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en nuestro plan:



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

1. Puede cambiar a: Un plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Está diseñado para personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal, y combina ambos programas en un solo plan. Los Planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, lo que incluye todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal. Nota: El término Plan Medi-Medi es el nombre de los planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad integrada (dual eligible special needs plans, D-SNP) en California.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda u obtener más información: ● Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo Plan Medi-Medi. Se cancelará su inscripción en nuestro plan automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal cambiará para coincidir con su Plan Medi-Medi.
---	---



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

2. Puede cambiar a: Plan Original de Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda u obtener más información: ● Llame al HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Se cancelará su inscripción en nuestro plan automáticamente cuando comience su cobertura con el Plan Original de Medicare.
--	---



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

3. Puede cambiar a:

Plan Original de Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

AVISO: Si cambia al Plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea inscribirse.

Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita ayuda u obtener más información:

- Llame al HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/.

Se cancelará su inscripción en nuestro plan automáticamente cuando comience su cobertura con el Plan Original de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

4. Puede cambiar a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, que incluye el período de inscripción anual y el período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que debe hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda u obtener más información: • Llame al Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. Para obtener más información o para encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite www.aging.ca.gov/HICAP/. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Se cancelará su inscripción en nuestro plan de Medicare automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Su plan de Medi-Cal puede cambiar.
---	--



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

C2. Sus servicios de Medi-Cal

Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener sus servicios de Medi-Cal después de darse de baja de nuestro plan, llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o si regresar al Plan Original de Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medi-Cal.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health al **1-888-587-8088** (TTY **711**).

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si cancela nuestro plan, es posible que pase un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos recetados y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en CalOptima Health OneCare Flex Plus, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que sea dado de alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de ser dado de alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en que debemos cancelar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medi-Cal. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medi-Cal.

Aviso: si ya no califica para Medi-Cal, puede continuar temporalmente en nuestro plan con los beneficios de Medicare; consulte la información a continuación sobre el período de consideración.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

- Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal según lo determina el estado de California, CalOptima Health OneCare Flex Plus continuará cubriendo sus beneficios de Medicare y medicamentos recetados durante seis (6) meses a partir de la fecha en que pierde su elegibilidad de Medi-Cal. Si no recupera su elegibilidad después de seis (6) meses, debemos cancelar su inscripción.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos recetados.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra ilegalmente en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro sobre este motivo.
 - Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos solo si primero obtenemos el permiso de Medicare y Medi-Cal:

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y nos hace difícil brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para obtener atención médica. (Medicare puede solicitarle al Inspector general que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F. Reglas contra pedirle que cancele nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que cancele nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que cancele nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones de cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Dónde obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos claves y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Aviso sobre la legislación	285
B. Aviso sobre la no discriminación	285
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso	286
D. Aviso de recuperación sobre el patrimonio sucesorio de Medi-Cal	287



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al 1-877-412-2734 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

A. Aviso sobre la legislación

Muchas leyes se aplican a esta *Guía para miembros*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en la *Guía para miembros*. Las principales leyes que se aplican a los programas de Medicare y Medi-Cal son las leyes federales y estatales. También se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad u ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no discriminamos ilegalmente, excluimos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su ascendencia, identificación de grupo étnico, identidad de género, estado civil o afección médica.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud, al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).

Si cree que ha sido discriminado y desea presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con el Coordinador de Discriminación del Departamento de Quejas y Apelaciones

- Por teléfono: **1-877-412-2734 (TTY 711)**
- Por escrito:
Attn: Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- Electrónicamente: **www.caloptima.org/OneCare**



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Si su reclamo es sobre discriminación en el programa de Medi-Cal, también puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios para el Cuidado de Salud por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al 1-916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- Por escrito: complete un formulario de quejas o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a los servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso

En ocasiones, otra entidad debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si tiene un accidente automovilístico o si se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación para trabajadores deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros por los servicios de cuidado de salud para los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medi-Cal sea el pagador de último recurso.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

D. Aviso de recuperación sobre el patrimonio sucesorio de Medi-Cal

El programa de Medi-Cal debe solicitar el reembolso sobre los patrimonios de ciertos miembros que han fallecido por los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de los 55 años. El reembolso incluye los cargos por servicio, las primas de atención médica administrada y los pagos de capitación por servicios en centros de enfermería, servicios prestados en el hogar y en la comunidad, así como servicios hospitalarios y de medicamentos recetados relacionados, recibidos cuando el miembro se encontraba hospitalizado en un centro de enfermería o recibía servicios prestados en el hogar y en la comunidad. El reembolso no puede superar el valor del patrimonio sucesorio de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación sobre el patrimonio sucesorio del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov/er o llame al 1-916-650-0590.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos importantes utilizados en la *Guía para miembros* con sus definiciones. Los términos están por orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administración terapéutica de medicamentos (MTM): Un grupo especializado de servicio o grupo de servicios prestados por proveedores de atención médica, incluidos farmacéuticos, para garantizar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información.

Apelación: Una forma de cuestionar nuestra acción si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se explican las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan a qué médicos y hospitales puede acudir, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos brindados por un proveedor entrenado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): Servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar personal de enfermería registrado o un médico.

Atención médica urgente: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección inesperada que no es una emergencia pero que necesita atención inmediata. Puede obtener la atención urgente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a ellos porque, dado al tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección inesperada, pero que no es una emergencia médica).

Atención para enfermos desahuciados: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente como enferma en estado terminal, lo cual implica una esperanza de 6 meses o menos de vida.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir atención para enfermos desahuciados.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

- Un equipo especialmente entrenado de profesionales y cuidadores brinda atención a la persona en su totalidad, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a darle una lista de proveedores de atención para enfermos desahuciados en su área geográfica.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio de Medi-Cal que no aprobamos, o si no continuamos pagando un servicio de Medi-Cal que usted ya tiene, puede solicitar una Audiencia estatal. Si la Audiencia estatal se decide a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): Una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico o utilizar un proveedor fuera de la red. Es posible que nuestro plan no cubra el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra PA.

- Los servicios cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si obtiene nuestra PA.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web.

Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de personal de enfermería o terapeuta con licencia, como ayuda con la atención personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recomendados). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se denomina "Subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS".

Biosimilar: Un medicamento biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Es igual de seguro y eficaz que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. Consulte "Biosimilar intercambiable".



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a leyes estatales.

Cancelación de inscripción: El proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no su propia elección).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios a fin de satisfacer sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Brinda una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro que brinda cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de la *Guía para miembros* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa una apelación de nivel 4. El consejo forma parte del gobierno federal.

Coordinador de atención personal: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos recetados. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un medicamento recetado.

Costo compartido: Cantidades que debe pagar cuando recibe ciertos medicamentos recetados. El costo compartido incluye copagos.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Costos personales: El requisito de costo compartido en el que los miembros deben pagar parte del costo de los servicios o medicamentos que reciben también se llama requisito de costo “de bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” antes mencionada.

D-SNP integrado: Un plan de necesidades especiales para individuos con doble elegibilidad que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas se conocen como individuos con doble elegibilidad de beneficios completos.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal).

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide sobre si los servicios están cubiertos o cuánto paga por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* se explican las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de su hijo por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Equipo de atención médica: Consulte “Equipo interdisciplinario de atención”.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que ordena su médico para usar en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Especialista: Un médico que brinda atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes que califican en su nombre) han gastado \$2,000 por los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Etapas de cobertura inicial: Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted (u otras personas en su nombre, incluida la “Ayuda adicional” de Medicare) paga su parte del costo.

Evaluación de riesgos de salud (HRA): Una revisión de su historial médico y estado de salud actual. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inadecuada: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que nuestro monto de costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende. Puesto que pagamos por la totalidad del costo de sus servicios, usted **no** debe ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle por ninguno de estos servicios.

Farmacia de la red: Una farmacia que accedió a surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando las surta en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia especializada: Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias especializadas.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Guía para miembros y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto o anexos, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en la cual los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada sobre los medicamentos cubiertos específicos para cada persona inscrita, así como información sobre los beneficios relacionados. Esto incluye los montos de copago, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento dado y restricciones de cobertura (autorizaciones previas, terapias por etapas, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hogar para personas mayores o centro de enfermería: Un centro que brinda atención médica a las personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida)

(PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Juez de derecho administrativo: un juez que maneja las apelaciones de nivel 3.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede tener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que debe seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos no cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medi-Cal.
- Consulte el **Capítulo 2** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo comunicarse con Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o asistencia médica): Un programa dirigido por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyo a largo plazo y costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid para el estado de California.

Medicamento necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que tenga que ingresar en un hospital o en un centro de enfermería especializada. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: Medicamento recetado que fabrica y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Por lo general, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por el gobierno federal para usar en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son medicamentos que una persona puede comprar sin receta de un profesional en atención médica.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas inscritas en Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través del Plan Original de Medicare o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona inscrita en Medicare y Medi-Cal que califica para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Miembro de Medicare-Medi-Cal: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también es conocido como “individuo con doble elegible”.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* cubiertos (también llamada *lista de medicamentos*) está en uno de dos niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, mayor es el costo que usted tiene que pagar por el medicamento.

Nivel de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*. Los medicamentos genéricos, de marca y de venta libre son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la lista está en uno de los dos niveles.

Ombudsman (defensor del pueblo): Una oficina en su estado que funciona como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de la *Guía para miembros*.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de nivel 2. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de revisión independiente**.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas afiliadas a Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para verificar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre la QIO.

Paciente hospitalizado: Un término utilizado cuando es ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no está ingresado formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y para enfermos desahuciados necesarios para motivos médicos.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Parte A: Consulte la “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son necesarios para motivos médicos para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: Consulte la “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite que las compañías de seguros de salud privadas brinden beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte C: Consulte la “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. A este programa lo denominamos “Parte D de Medicare” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare o Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: Consulte la “Parte D de Medicare”.

Plan de atención: Consulte “Plan individualizado de atención”.

Plan Medi-Medi: Un Plan Medicare Medi-Cal (Plan Medi-Medi) es un tipo de plan Medicare Advantage. Es para personas que tienen Medicare y Medi-Cal, y combina los beneficios de Medicare y Medi-Cal en un solo plan. Los planes Medi-Medi coordinan todos los beneficios y servicios de ambos programas, incluidos todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medi-Cal (Medicaid). Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención personal para ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para brindarle la atención médica que necesita.

Plan individualizado de atención (ICP o Plan de atención): Un plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Plan Original de Medicare (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de Medicare): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios están cubiertos por el pago de los montos que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Producto biológico: Medicamento recetado que proviene de fuentes naturales y vivas, como células de animales, plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complicados que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se llaman biosimilares. También consulte “Producto biológico original” y “Biosimilar”.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Programa de administración de medicamentos (DMP): Un programa que le ayuda a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan de manera indebida con frecuencia.

Programa de asesoramiento y consejería sobre seguros de salud (HICAP): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. En el **Capítulo 2** de la *Guía para miembros* se explica cómo comunicarse con HICAP.

Programa de atención médica integral para personas de la tercera edad (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y Medicaid juntos para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en su hogar.

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que salvan vidas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Programa de pedidos por correo: Algunos planes pueden ofrecer un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos recetados cubiertos enviados directamente a su hogar. Esta puede ser una forma rentable y conveniente de surtir las recetas que toma con regularidad.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento en salud que brinda capacitación para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa de servicios de apoyo en el hogar (IHSS): El IHSS ayudará a pagar por los servicios brindados para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como residencias y hogares de atención. Los tipos de servicios que pueden ser autorizados a través de IHSS incluyen limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compras de alimentos, servicios de cuidado personal (como el cuidado de la vejiga y el intestino, baño, aseo y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. La agencia de servicios sociales del condado administra IHSS.

Prótesis y ortóticos: Dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria o médico general (PCP): El médico u otro proveedor que utiliza primero para la mayoría de los problemas de salud.

- Se aseguran de que reciba la atención de salud que necesita para mantenerse saludable. También pueden hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y referirlos ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su médico general antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de los médicos generales.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, personal de enfermería, y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios para la atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una cantidad adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad de, ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de la *Guía para miembros* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita u oral en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre los servicios o la atención médica cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención médica, los proveedores o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamación”.

Reclamación: Una queja que presenta sobre nosotros o uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención médica o la calidad del servicio proporcionado por su plan de salud.

Referencia: Una referencia es la aprobación de su médico general o del plan para acudir a un proveedor que no sea su médico general. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de la *Guía para miembros*.

Salud del comportamiento: Término que incluye todo y que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Servicios confidenciales: Servicios relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (STI), VIH/SIDA, la agresión sexual y los abortos, el trastorno por consumo de sustancias, atención de afirmación de género y la violencia de pareja íntima.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyo a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y de venta libre, el equipo y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la parte B de Medicare.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios opcionales del plan de atención (Servicios CPO): Servicios adicionales que son opcionales bajo su plan individualizado de atención (ICP). Estos servicios no tienen el propósito de reemplazar los servicios y apoyo a largo plazo que está autorizado a recibir bajo Medi-Cal.

Servicios para adultos proporcionados en la comunidad (CBAS): Programa de servicios para pacientes ambulatorios en un centro que brinda atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, atención personal, capacitación y apoyo para la familia/cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros elegibles que cumplen con los criterios de elegibilidad correspondientes.

Servicios para Miembros: Un departamento en nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el

Capítulo 2 de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que acudir a un centro de enfermería especializada o a un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios para adultos en la comunidad (CBAS), también conocido como cuidado de salud diurno para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas IHSS y exención 1915 (c) son servicios de largo plazo de Medi-Cal brindados fuera de nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Terapia por etapas: Una regla de cobertura que requiere que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

GUÍA PARA MIEMBROS

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Flex Plus

LLAME	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA	CalOptima Health OneCare Flex Plus Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
SITIO WEB	www.caloptima.org/OneCare



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Flex Plus al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.



CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

Si tiene preguntas o necesita ayuda con sus servicios de atención médica, por favor llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros del plan OneCare de CalOptima Health al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Tenemos personal que habla su idioma. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**. También puede visitar nuestra página de Internet **www.caloptima.org/OneCare**.