2027



Guía para Miembros

CalOptima Health OneCare Complete

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

OneCare
CalOptima Health

H5433_27MM001TS_C

Guía para miembros de OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

1.º de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos de CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)

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 2027. Explica los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos y los servicios y apoyo a largo plazo. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el **Capítulo 12** de esta *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 Complete.

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

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

- Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
- Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
- Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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.

العربية (Arabic)

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)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: 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: Զանգահարեք **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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કૉલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY **711**). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કૉલ 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਚਿ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵਿੇਂ ਕਾਿ 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 serbisyong 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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.

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 توکال 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 de forma gratuita. CalOptima Health OneCare proporciona traducciones escritas de traductores calificados. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita. Lea esta *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, de manera oportuna, en otros formatos, como braille, en letra grande de 20 puntos, formato de audio y formatos electrónicos accesibles (CD con datos) sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita.

Servicios de acceso a idiomas

CalOptima Health OneCare ofrece servicios de interpretación oral, así como lenguaje de señas, 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. No recomendamos usar a familiares o amigos, especialmente a menores de edad, como intérpretes, a menos que se trate de una emergencia. Los servicios de acceso a idiomas, incluidos los servicios de interpretación, están disponibles de forma gratuita.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Los servicios de interpretación están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda en su idioma de preferencia o para recibir esta guía en otro idioma, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare al **1-877-412-2734** (TTY **711**). La llamada es gratuita.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 como paciente ambulatorio 165

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal 188

Capítulo 7: Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos 197

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 204

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 272

Capítulo 11: Avisos legales 284

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 288

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Descargos de responsabilidad

- CalOptima Health OneCare (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 depende de la renovación de los contratos. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**. SSBCI es un beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Para calificar, usted debe tener una enfermedad crónica que cumpla con los requisitos, como una enfermedad del corazón, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar o demencia. No todos los miembros con una enfermedad crónica calificarán. Para ver la lista completa de enfermedades crónicas u obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los beneficios de SSBCI, consulte el **Capítulo 4** de esta *Guía para Miembros* de CalOptima Health OneCare Complete.
- Los beneficios y/o copagos pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2028.
- Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso, al menos 30 días antes, sobre cualquier cambio que pueda afectarle.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre CalOptima Health OneCare Complete, 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 esta *Guía para miembros.*

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 17
G. Su equipo de atención médica y plan de atención 18
G1. Equipo de atención médica 18
G2. Plan de atención 18
H. Resumen de costos importantes 19
I. Esta *Guía para miembros* 19
J. Otra información importante que recibe de nosotros 19
J1. Su tarjeta de identificación de miembro 20
J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 21
J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 22
J4. *Explicación de beneficios* 23

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía 23
K1. Confidencialidad de la información médica personal (PHI) 24

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 mental y 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.

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.

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **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.

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Complete: en la mayoría de los casos, será inscrito en CalOptima Health OneCare Complete para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Complete. 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 Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-877-412-2734** (TTY **711**) de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye este condado en California: condado de Orange.

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 esta *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 o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible **y**
- sea actualmente elegible para Medi-Cal.

Si pierde su elegibilidad de Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de tres (3) meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. Cuando finalice su cobertura de Medi-Cal, dejaremos de pagar los beneficios de Medi-Cal. El monto que paga por los servicios que cubre Medicare podría aumentar durante este período de tres (3) meses. Si tiene alguna pregunta sobre lo que tendría que tal vez pagar o sobre los servicios cubiertos mientras recupera la elegibilidad para Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**.

Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Medi-Cal. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de Medi-Cal y usted seguirá inscrito en nuestro plan. Si no puede recuperar su elegibilidad para Medi-Cal dentro de tres (3) meses, cancelaremos su membresía en CalOptima Health OneCare Complete. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal después de que se haya cancelado su membresía, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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.

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 mental y 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. Nos comunicaremos con usted una vez al año para saber si alguna de sus necesidades ha cambiado.

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 continuidad de la 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 un plazo de 30 días para responder a su solicitud. Puede pedirnos que tomemos una decisión más rápida, y entonces debemos responder en un plazo de 15 días. Puede llamar al **1-877-412-2734** (TTY **711**),de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre), para presentar su solicitud. Si existe un riesgo de daño, debemos responder en un plazo de tres (3) días.
    - Usted o su proveedor deben mostrar documentación de una relación existente y aceptar ciertos términos cuando realiza la solicitud.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Aviso: Puede realizar esta solicitud para proveedores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) durante al menos 90 días hasta que autoricemos un nuevo alquiler de DME 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 continuidad de la atención, tendrá que acudir a médicos y otros proveedores en la red de CalOptima Health OneCare Complete 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 trabaja con el plan de salud. Un plan de salud es un grupo de médicos y hospitales que tiene un contrato con CalOptima Health OneCare Complete para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros. Consulte el **Capítulo 3** de esta *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, sus especialistas u otros profesionales 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 mental y del comportamiento, LTSS y otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica **y**
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de que se haya completado 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.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene ninguna prima.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)

En algunos casos, la prima de su plan podría ser menor.

H1. Prima del plan

Para la mayoría de los miembros de CalOptima Health OneCare Complete, Medi-Cal paga las primas de las Partes A y B de Medicare.

I. Esta *Guía para miembros*

Esta *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 esta *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 esta *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 2027 y 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que recibe de nosotros

Otra información importante que le daremos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de proveedores y farmacias* e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de medicamentos* cubiertos, también llamada *Lista de medicamentos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Bajo nuestro plan, usted cuenta con una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud mental y del comportamiento y medicamentos recetados. Usted muestra esta tarjeta cuando obtiene cualquier servicio o medicamento recetado. Esta es una muestra de cómo se ve su tarjeta de identificación de miembro:



Si su tarjeta de identificación de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato a los números que figuran al pie de la página. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de Medi-Cal para recibir la mayoría de sus servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más tarde. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de nuestro plan y usted puede recibir una factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo** 7 de esta *Guía para miembros* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

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

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Medi-Cal (a través del Programa Medi-Cal Dental) cubre algunos servicios dentales.
- Si tiene alguna pregunta 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 Medi-Cal Dental en https://www.dental.dhcs.ca.gov o https://smilecalifornia.org/.

- Servicios de salud mental y 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 y del comportamiento de la Agencia de atención médica del condado de Orange (Orange County Health Care Agency, OCHCA).
  - Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios de salud mental y 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 alguna pregunta 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).

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 el sitio web 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 tienen contrato con CalOptima Health OneCare Complete.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 mental y del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero (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 le ayude a pagar por ellos.

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.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos *"Lista de medicamentos"*. Le informa qué medicamentos cubre el plan. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de medicamentos*, a menos que se eliminen y reemplacen como se describe en la **Sección E** del **Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de CalOptima Health OneCare Complete.

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 esta *Guía para miembros* para obtener más información.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 reciente 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 de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se llama la *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 de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB incluye más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de esta *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.

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 médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan consultan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos son cubiertos y cuánto le corresponde pagar. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

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 o un hospital;
- atención médica recibida en un hospital o sala de emergencia;

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 piensa participar, 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 (PHI)

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 esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI.

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 esta *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Servicios para miembros 27

B. Su coordinador de atención personal 30

C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) 32

D. Línea telefónica de ayuda de enfermería 33

E. Línea de crisis de salud mental y del comportamiento 34

F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) 35

G. Medicare 36

H. Medi-Cal 38

I. La oficina del Ombudsman de atención médica administrada y de salud mental de Medi-Cal. 39

J. Servicios sociales del condado 40

K. Agencia de servicios de salud mental del condado 41

L. Health Consumer Alliance (HCA) 42

M. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos 42

M1. Ayuda adicional de Medicare 42

M2. Programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA (ADAP). 43

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

N. Seguro Social 43
O. Junta de ferroviarios jubilados (RRB) 44
P. Seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 45
Q. Programa del Ombudsperson (defensor público) de Medicare Medi-Cal 45
R. Medi-Cal Dental 46

A. Servicios para miembros

LLAME AL	**1-877-412-2734**. Esta llamada es gratuita. Disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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. Disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
FAX	**1-714-246-8711**
ESCRIBA A	CalOptima Health OneCare Complete 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 **o**
        - la cantidad que pagamos por sus servicios médicos.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica.
- Consulte el **Capítulo 9** de esta *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 esta *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 (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la página 35 de la **Section F**).
  - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-877-412-2734**.
  - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. 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 Ombudsperson (defensor público) de Medicare Medi-Cal si llama al 1-855-501-3077.
  - Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión acerca de:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos **o**

  - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
  - Los medicamentos que no están cubiertos por Medicare, como los medicamentos de venta sin receta médica (over-the-counter, 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 esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos.
- apelaciones sobre sus medicamentos
  - Una apelación es una manera de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
  - Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una apelación de sus medicamentos.
- quejas sobre sus medicamentos
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
  - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
  - Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo presentar una queja de sus medicamentos.
- pago de atención médica o medicamentos que ya pagó
  - Consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo pedirnos un reembolso 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 esta *Guía para miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

B. Su coordinador de atención personal

Un coordinador de atención personal de CalOptima Health OneCare Complete 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. Disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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. Disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
FAX	**1-714-246-8711**
ESCRIBA A	CalOptima Health OneCare Complete 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

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- preguntas sobre los Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), los cuales incluyen los servicios para adultos en la comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) y centros de enfermería (Nursing Facilities, NF)
- preguntas sobre los Servicios de Apoyos comunitarios

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
- Apoyos comunitarios
- Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C. Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP)

El Programa estatal de asistencia de seguro de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados y que brinda ayuda, información y respuestas de manera gratuita a sus preguntas de Medicare. En California, el SHIP es conocido como el Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender cómo resolver su problema. HICAP cuenta con asesores capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos.

HICAP es un programa estatal independiente (no está afiliado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

LLAME AL	1-800-434-0222 o 1-714-560-0424 Disponible 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 recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarle a:
    - comprender sus derechos,
    - comprender sus opciones de planes,

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
- presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento **y**
- ayudar con problemas de facturación y reclamos.

D. Línea telefónica de ayuda de enfermería

La Línea telefónica de ayuda de enfermería le da acceso a personal de enfermería titulado (Registered Nurse, RN) para ayudarle con preguntas que tenga sobre sus inquietudes médicas. Puede comunicarse con la Línea telefónica de ayuda de enfermería con preguntas sobre su salud o atención médica.

LLAME AL	**1-844-447-8441**. Esta llamada es gratuita. Disponible 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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

E. Línea de crisis de salud mental y del comportamiento

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

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

LLAME AL	OC Links Equipo Móvil para Evaluación de Crisis (The Mobile Crisis Assessment Team, CAT) 1-855-625-4657. Esta llamada es gratuita. Disponible 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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

- preguntas sobre los servicios de salud mental y del comportamiento y abuso de sustancias
- Si cree que no está en crisis y tiene preguntas generales sobre los servicios de salud mental y del comportamiento y para trastornos por abuso 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 **Sección K** si tiene preguntas sobre los servicios especializados de salud mental de su condado.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Commence Health. 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. Commence Health es una organización independiente y no está afiliada 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	Commence Health, LLC BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
CORREO ELECTRÓNICO	communications@commence.ai
SITIO WEB	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

Comuníquese con Commence Health 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 de la atención, como recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico equivocado,
    - 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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. Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre ellas nuestro plan.

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.
CHAT EN VIVO	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

SITIO WEB	www.medicare.gov ● Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo precios y los servicios que cubren. ● Encuentre médicos u otros prestadores o proveedores de atención médica que participen en Medicare. ● Averigüe qué servicios cubre Medicare, como los servicios preventivos que incluyen pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y consultas anuales de "bienestar". ● Obtenga información y formularios para apelaciones de Medicare. ● Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, centros de enfermería, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y de cuidados paliativos y hospitales de atención a largo plazo. ● Encuentre números de teléfono y sitios web útiles. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy en serio todas las quejas y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 Health Care Options.

LLAME AL	**1-888-587-8088** Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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

La oficina del Ombudsman (defensor del beneficiario) ayuda a resolver los problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que son médicamente necesarios. Escucharán y responderán a sus preguntas, analizarán su situación, le explicarán las políticas y los procedimientos, brindarán información, consejos y opciones, y sugerirán las referencias adecuadas. Su trabajo es ayudar a desarrollar soluciones justas a los problemas de acceso a la atención médica. 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 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-430-7077 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
CORREO ELECTRÓNICO	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 ayudarle 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. Consulte la **Sección F3** del **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre los requisitos y cómo solicitar estos servicios. 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. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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-service

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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. Disponible 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. Disponible 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

Llame a la Línea de Salud del Comportamiento de CalOptima Health OneCare Complete al **1-855-877-3885** para obtener información sobre los siguientes servicios:

  - servicios ambulatorios especializados en salud mental
  - servicios de apoyo para el control de medicamentos
  - intervención y estabilización en caso 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 para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio intensivo
  - servicios de tratamiento

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- servicios residenciales perinatales
- servicios y asesoramiento sin medicamentos para pacientes ambulatorios
- servicios de tratamiento de narcóticos y naltrexona

L. Health Consumer Alliance (HCA)

La Health Consumer Alliance (HCA) es una alianza a nivel estatal que ofrece asistencia legal gratuita, ya sea en línea, por teléfono o en persona, para ayudar a los residentes de California que tienen dificultades para obtener o mantener su cobertura médica, y para resolver problemas relacionados con sus planes de salud. Para obtener más información sobre la HCA o recibir ayuda, llame al 1-888-804-3536 o visite www.healthconsumer.org/.

M. Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) brinda información sobre cómo reducir los costos de medicamentos. Para personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, como se describe a continuación.

M1. Ayuda adicional de Medicare

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. 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 tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

M2. Programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles de ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos de la parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la ayuda para recetas con costo compartido a través del Programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA (ADAP). Aviso: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos requisitos como comprobante del estado donde reside y el estatus de VIH, ser de bajos ingresos (como lo define el estado), y sin cobertura de seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, infórmele al trabajador de inscripción de la oficina de ADAP de su localidad. Llame al 1-844-241-7050 para que pueda seguir recibiendo ayuda relacionada con información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa.

N. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique 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 a. m. a 7 p. m. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunos trámites 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

O. Junta de ferroviarios jubilados (RRB)

La Junta de ferroviarios jubilados (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si obtiene Medicare a través de RRB, avíseles si se muda o cambia de dirección postal. Para cualquier pregunta sobre sus beneficios de RRB, llame a la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Esta llamada es gratuita. Presione “0” para 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. Presione “1” para 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. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

P. Seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran al pie de esta página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

Q. Programa del Ombudsperson (defensor público) de Medicare Medi-Cal

El Programa del Ombudsperson (defensor público) 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 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 Ombudsperson de Medicare Medi-Cal ayuda con quejas, apelaciones y audiencias. El número telefónico del Programa del Ombudsperson es 1-855-501-3077.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

R. Medi-Cal Dental

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

- exámenes iniciales, radiografías, limpiezas, selladores y tratamientos con flúor;
- restauraciones y coronas;
- terapia de conducto radicular; y
- 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 a. m. a 5 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

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 (DME). Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de esta *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 52

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) 57

F. Servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias) 58

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal brindados fuera de nuestro plan 58

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

G. Servicios de transporte 60
G1. Transporte médico que no es de emergencia 60
G2. Transporte no médico 61

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 pasa si le facturan directamente por servicios cubiertos 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. Cómo obtener 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

A. Información sobre servicios y proveedores

Los **servicios** son atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud mental y 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 esta *Guía para miembros*. Los medicamentos recetados y de venta libre cubiertos se encuentran en el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros*.

Los **proveedores** son médicos, personal de enfermería y otros profesionales certificados por el estado 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 mental y 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 usa 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 mental y del comportamiento y LTSS.

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

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Esto se refiere a los servicios que son razonables y necesarios para diagnosticar y tratar su afección médica. La atención médicamente necesaria es la 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 brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico general. (Consulte la **Sección D1** para obtener más información).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Si en algún momento necesita recibir atención de un proveedor fuera de la red, su médico general debe enviar una solicitud para revisión. Si no se aprueba, se podrían modificar los servicios para que reciba atención de un proveedor dentro de la red.
- 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 Complete para brindar servicios cubiertos a nuestros miembros.
- No necesita referencias de su médico general para recibir atención de emergencia o atención de cuidado urgente ni para acudir a un proveedor de atención médica para 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.** (Consulte la **Sección D** de este capítulo para obtener más información). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta regla no se aplica:
  - Si necesita atención de emergencia o atención necesaria de cuidado urgente de un proveedor fuera de la red. (Consulte la **Sección H** para obtener más información).
  - Si necesita atención que cubre nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización antes de recibir atención. En esta situación, cubrimos la atención sin costo alguno para usted. Consulte la **Sección D4** para obtener información sobre cómo obtener autorización para usar un proveedor fuera de la red.
  - Si necesita 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 atención de un proveedor fuera de la red.

- Si es miembro nuevo de nuestro plan, 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 esta *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.

Otra cobertura de salud: Usted deben usar primero cualquier otra cobertura de salud antes de Medi-Cal cuando el mismo servicio esté disponible bajo su cobertura de salud principal, ya que Medi-Cal es el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal será el pagador secundario después de Medicare, y cubrirá únicamente los costos permitidos que no sean pagados por Medicare o la otra cobertura de salud, hasta el límite establecido por Medi-Cal.

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Complete: En la mayoría de los casos, será inscrito en CalOptima Health OneCare Complete para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a la solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Complete. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su plan de salud de Medi-Cal anterior por hasta dos (2) meses. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima Health OneCare Complete. No habrá interrupciones en su cobertura de Medi-Cal. Si tiene alguna pregunta, llame a los números que figuran al pie de esta página.

C. Su coordinador de atención personal

C1. Qué es un coordinador de atención personal

Un coordinador de atención personal es un profesional clínico u otra 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 delantera de su tarjeta de identificación de miembro de CalOptima Health OneCare Complete.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de atención personal

Puede llamar a CalOptima Health OneCare Complete y solicitar el cambio al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

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 Complete 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 Complete. Coordinar sus servicios se refiere a revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y progreso. En algunos casos, debe consultar a su médico general para obtener una referencia antes de consultar 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).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

¿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 Complete como su médico general.

Su elección de médico general

CalOptima Health OneCare Complete 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 Complete para brindar servicios a los miembros de CalOptima Health OneCare Complete. Para solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias,* llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

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 debe 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 Complete para comunicarnos su decisión.

Por ejemplo: 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 ese especialista u hospital está en el plan de salud de su médico general.

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 a los números de teléfono que figuran 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 Complete reciba su solicitud de cambio.

?

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Si necesita ayuda para elegir un médico general, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si está consultando a un especialista o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su 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 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, dígale a Servicios para Miembros si acude a un especialista o recibe otros servicios cubiertos de su plan de salud. 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.
- Servicios cubiertos de cuidado urgente necesario que requieren atención médica inmediata (pero sin ser una emergencia) cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, por cuestión de tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable recibir el servicio de un proveedor de la red. Ejemplos de cuidado urgente necesario incluyen enfermedades o lesiones inesperadas o brotes repentinos de una enfermedad ya existente. Las consultas de rutina que son médicamente necesarias con un proveedor (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red no está disponible temporalmente.
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Las vacunas contra la gripe y el COVID-19, así como las vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Atención médica de rutina para la mujer y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.

Además, si es miembro de una tribu indígena estadounidense, puede conseguir 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 quienes atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos quienes atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas quienes 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 Complete (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 de 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.

?

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 a los números que figuran al pie de esta página.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

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

- Incluso si nuestra red de proveedores cambia durante el año, debemos brindarle 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 mental y del comportamiento 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 (3) 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 derecho a solicitar que otro proveedor de nuestra red continúe brindándole el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo la atención correspondiente.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles 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. Es necesario obtener una autorización previa para consultar proveedores fuera de la red.
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un proveedor nuevo y coordinar su atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención, o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Cuando los servicios especializados no estén disponibles dentro de la red, es posible obtener servicios de proveedores fuera de la red. Se requiere autorización previa para obtener atención de proveedores fuera de la red. Su médico general debe enviar una solicitud para su revisión. Si estos servicios no se aprueban, pueden modificarse para que sean brindados por un proveedor de la red.

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o servicios urgentemente necesarios. Consulte la **Sección H2** para obtener más información.

Consulte la **Sección B** para obtener información sobre cómo obtener servicios de diálisis de proveedores fuera de la red.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe aceptar Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y/o en Medi-Cal.
- Si usa 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 apoyos comunitarios. 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 delantera de su tarjeta de identificación de miembro.

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

Tiene el derecho a recibir los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios 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 del comportamiento de OCHCA al 1-800-723-8641, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

F1. Servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal brindados 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 recibir los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal que proporciona el Plan de salud del comportamiento del OCHCA incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo para medicamentos
- servicios de tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en casos de crisis
- servicios de 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
- manejo de casos específicos
- reintegración por estar involucrado con el sistema judicial
- tratamiento comunitario asertivo (assertive community treatment, ACT)
- tratamiento comunitario asertivo forense (forensic assertive community treatment, FACT)

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- atención de especialidad coordinada (coordinated specialty care, CSC) para un primer episodio de psicosis (first episode psychosis, FEP)
- servicios de "clubhouse" (comunidades terapéuticas)
- servicios reforzados de trabajadores de la salud (community health worker, CHW) en la comunidad
- servicios de empleo asistido
- servicios de apoyo entre compañeros
- servicios de intervención móvil en casos de crisis en la comunidad
- servicios del comportamiento terapéuticos
- cuidado de crianza terapéutico
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en casa

Los servicios de Drug Medi-Cal (DMC) que proporciona el Plan de salud del comportamiento 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

Los servicios del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), están disponibles para usted a través del Plan de salud del comportamiento del OCHCA si cumple con los criterios para recibir estos servicios. Los servicios de DMC-ODS incluyen:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

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 Complete serán coordinados por el Plan de salud del comportamiento del OCHCA a través de la Agencia de Atención Médica para garantizar que los miembros tengan 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 que no es de emergencia

Tiene derecho a obtener transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT) si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. El NEMT está disponible para todos los servicios cubiertos por Medi-Cal, como citas médicas, dentales, de salud mental, tratamiento por consumo de sustancias y para ir a la farmacia. Si necesita NEMT, puede hablar con su médico general y solicitarlo. Su médico general determinará el tipo de transporte que mejor se adapte a sus necesidades. Si necesita NEMT, su médico general lo ordenará al llenar un formulario y enviarlo a CalOptima Health OneCare Complete para su aprobación. Dependiendo de su necesidad médica, es posible que reciba aprobación por un período de hasta 12 meses. Su médico general volverá a evaluar su necesidad

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

de NEMT cuando sea necesario o cuando se venza su orden médica, y podrá aprobar nuevamente el NEMT por un período de hasta 12 meses.

El NEMT puede brindarse en ambulancia, camioneta con camilla, camioneta para silla de ruedas o transporte aéreo. CalOptima Health OneCare Complete cubre el medio de transporte de menor costo que sea el más apropiado para sus necesidades médicas cuando necesite transporte para acudir a una cita. Por ejemplo, si puede ser transportado física o médicamente por una camioneta para silla de ruedas, CalOptima Health OneCare Complete no pagará una ambulancia. Solo tiene derecho al transporte aéreo si su afección médica hace imposible cualquier forma de transporte terrestre.

Debe usar el NEMT 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 ordenado para **citas de rutina** no urgentes, llame a CalOptima Health OneCare Complete 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 Complete 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 Complete le ayudará a programar su transporte. En el **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros* 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 Complete, a menos que se autorice previamente.

G2. Transporte no médico

El beneficio de transporte no médico (Non-medical transportation, NMT) incluye viajar hacia y desde sus citas para obtener 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

CalOptima Health OneCare Complete le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otro medio de transporte público o privado para ir a una cita para obtener servicios autorizados por su proveedor. CalOptima Health OneCare Complete usa un proveedor de transporte para coordinar el servicio de NMT. Cubrimos el medio de transporte de menor costo que cumpla con sus necesidades.

En algunos casos, se le puede reembolsar por gastos de transporte si utiliza un vehículo privado que usted mismo haya organizado. CalOptima Health OneCare Complete debe aprobar esto **antes** de que usted obtenga el viaje, y debe decirnos por qué no puede utilizar otro medio de transporte, como el autobús. Puede informarnos al llamar o enviarnos un correo electrónico, o en persona. **No puede recibir un reembolso por conducir su propio vehículo**.

Para recibir el reembolso de millaje, requiere todo lo siguiente:

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

Para solicitar transporte para servicios que han sido autorizados, llame a CalOptima Health OneCare Complete 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 Complete proporciona el NMT de menor costo que cumpla con sus necesidades desde su hogar hasta el proveedor más cercano donde haya una cita disponible. **No puede conducir su propio vehículo o ser reembolsado directamente.**

El NMT **no** se aplica si:

- 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.
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 de enfermedad, dolor intenso o lesión grave, o una afección médica que empeora rápidamente. 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 vida o la de su bebé por nacer; **o**
- pérdida de o daño grave a las funciones corporales; **o**
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- 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 bebé 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 cobertura de 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, incluso si no son parte de nuestra red.
- **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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 Complete 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.

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de esta *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, de salud mental o 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.

Sin embargo, 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

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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 de la red en su tarjeta de identificación de miembro de CalOptima Health OneCare Complete.

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. Sin embargo, las consultas de rutina que son médicamente necesarias con un proveedor, como las revisiones anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red no está disponible temporalmente.

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 y sus territorios.

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

- Ofrecemos hasta $100,000 de cobertura por año natural 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 Complete 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre declarado: **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/benefits-and-services**.

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

I. Qué pasa si le facturan directamente por servicios cubiertos

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

No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que no podamos darle un reembolso.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de esta *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 médica, 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 esta *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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (atención médica no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación, pero le recomendamos informarnos y a su médico general. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no** tienen que ser proveedores de la red. Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requiere un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, como ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y en estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios pueden también estar sujetos a una autorización previa y otras reglas del plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto por el Plan Original de Medicare para miembros, 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 Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- hospedaje 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

J3. Más sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare y estudios de investigación clínica" en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). 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 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 o tratamiento que es **voluntario y no es exigido** por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "con excepción" es cualquier atención o tratamiento que **no es voluntario 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.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución brindados 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.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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. Cómo obtener 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.

Algunos artículos DME, como las prótesis, siempre son de su propiedad.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** será propietario de los artículos DME alquilados, sin importar por cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, el artículo DME pasará a ser de su propiedad. Llame a Servicios para Miembros a los números de teléfono que figuran al pie de esta página para obtener más información.

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

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.

Los servicios que no están cubiertos por Medicare serán cubiertos por el beneficio de Medi-Cal.

Si ya no tiene cobertura de 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 equipo de oxígeno cubierto por Medicare, 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.

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 sigue inscrito en Medicare and Medi-Cal, ellos cubren estos pagos.

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 cinco (5) años si es médicamente necesario

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco (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 cinco (5) años.
- Usted lo alquila de 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 cinco (5) años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 esta *Guía para miembros*.

Nuevos miembros de CalOptima Health OneCare Complete: en la mayoría de los casos, estará inscrito en CalOptima Health OneCare Complete para sus beneficios de Medicare el primer día del mes posterior a su solicitud de inscripción en CalOptima Health OneCare Complete. Aún puede recibir sus servicios de Medi-Cal de su anterior plan de salud de Medi-Cal por un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima Health OneCare Complete. No habrá interrupción en su cobertura de Medi-Cal. Llámenos al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre), si tiene alguna pregunta.

Índice de contenido

A. Sus servicios cubiertos 74

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios 74

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan. 74

D. Tabla de beneficios de nuestro plan. 79

E. Apoyos comunitarios. 148

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 154

- F1. Transiciones comunitarias de California (CCT) 154
- F2. Medi-Cal Dental 155
- F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) 155
- F4. 1915(c) Programas de Exención para servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) 156

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F5. Servicios de salud del comportamiento del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias) 161

G. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare ni Medi-Cal 163

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 esta *Guía para miembros*. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

Debido a que recibe ayuda de Medi-Cal, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de esta *Guía para miembros* para obtener detalles sobre las reglas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

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

No permitimos que los proveedores de nuestra red le cobren por los servicios que están cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cobro indebido. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios que están cubiertos. En caso de no ser así, consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para miembros* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le muestra los servicios que paga nuestro plan. (La cobertura de medicamentos se explica en el **Capítulo 5**). Incluye una lista de los servicios cubiertos y una explicación de cada uno.

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 ambos programas.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Los servicios, que incluyen atención médica, servicios de salud del comportamiento y para trastornos 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 a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, durante los primeros 90 días es posible que no le pidamos obtener aprobación por adelantado para continuar con un plan de tratamiento que ya recibe, incluso si este plan de tratamiento era para un servicio que comenzó a recibir con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su 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 estará cubierta a menos que se trate de una emergencia o necesite servicios de cuidado urgente o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. Esto significa que es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios fuera de la red que recibe. El **Capítulo 3** de esta *Guía para miembros* brinda más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Tiene un médico general o un equipo de 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 de la red de nuestro plan. A esto se le llama una referencia. El **Capítulo 3** de esta *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 nuestro plan proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un plan de 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todos los servicios que cubre el Plan Original de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2027* en línea en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar una copia. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde su cobertura de Medi-Cal durante el período de tres (3) meses de elegibilidad continua presunta, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, es posible que su cobertura de Medi-Cal termine antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando termine su cobertura de Medi-Cal, dejaremos de pagar por sus beneficios de Medi-Cal. Puede conservar sus beneficios de Medicare, pero no los de Medi-Cal.
- Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Medi-Cal. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de Medi-Cal y seguirá inscrito en nuestro plan. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal después de que se haya cancelado su inscripción en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

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

- Si tiene alguna de las siguientes enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple ciertos requisitos, podría calificar para recibir beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
    - 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;
    - Trastornos cardiovasculares limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico;
    - Insuficiencia cardíaca crónica;
    - Hipertensión crónica;

- Demencia;
- Hiperlipidemia crónica;
- Diabetes mellitus;
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico;
- Enfermedad gastrointestinal crónica;
- Enfermedad renal crónica (Chronic kidney disease, CKD);
- 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 e hipertensión pulmonares;
- 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, cuadriplejia, paraplejia, monoplejía), enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, polineuropatía, estenosis espinal y déficit neurológico relacionado con derrame cerebral;
- Derrame cerebral;
- Posterior a un trasplante de órgano;
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores;
- Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo;
- Afecciones con desafíos funcionales;
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; y
- Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o recuperen su funcionamiento.

- Para determinar si usted califica para recibir beneficios adicionales, su plan de salud o proveedor confirmará su diagnóstico.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Para obtener más información, consulte “Ayuda con ciertas enfermedades crónicas” de la Tabla de beneficios.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente qué beneficios podría recibir.
- Para obtener más información, consulte “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la siguiente Tabla de beneficios.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana  señala los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Pagamos un solo ultrasonido de detección para las personas con riesgo. Nuestro plan solamente cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, médico auxiliar (Physician assistant, PA), profesional de enfermería (nurse practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS).	$0
	Acupuntura Pagamos hasta dos servicios de acupuntura como paciente ambulatorio en cualquier mes calendario, o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos hasta 12 consultas 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; • 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. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Acupuntura (continuación) Requisitos del proveedor: Los médicos pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los médicos auxiliares (PAs), profesionales de enfermería (NPs)/ especialistas en enfermería clínica (CNSs) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • una maestría o un doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.	$0
	**Prueba de detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol** Pagamos por una prueba de detección de abuso de alcohol (SABIRT) para adultos que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro (4) sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	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 (que no es de emergencia) 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
	**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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Consulta anual de bienestar Puede obtener una revisión anual. El objetivo de esta revisión es desarrollar o actualizar un plan de prevención con base en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta revisión 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 obtener consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0
	Servicios preventivos para el asma Puede recibir educación sobre el asma y una evaluación del hogar para detectar los factores desencadenantes que se encuentran comúnmente en la vivienda de personas cuyo asma no está bien controlado.	$0
	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 para que un médico revise e interprete los resultados.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Prueba de detección del cáncer de seno (mamografías)** Pagamos por los siguientes servicios: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía exploratoria cada 12 meses • exámenes clínicos de los senos cada 24 meses	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)* Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertos requisitos y tener una referencia o una orden médica. Cubrimos estos programas integrales si ha tenido al menos una de las siguientes afecciones: • un ataque al corazón en los ultimos 12 meses • cirugía de derivación de las arterias coronarias • angina de pecho estable (dolor de pecho) • reparación o reemplazo de una válvula cardíaca • angioplastía coronaria (procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de un estent coronario (procedimento utilizado para mantener abierta una arteria) • trasplante de corazón o de corazón y pulmón • insuficiencia cardíaca crónica estable Límites de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede recibir dos sesiones por día (de una hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, podría recibir 36 sessiones adicionales, que pueden distribuirse durante un período de tiempo más largo. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (terapia para enfermedades del corazón) Pagamos una consulta al año, o más si es médicamente necesario, con su médico general para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la consulta, su médico puede: • hablar sobre el uso de la aspirina, • revisar su presión arterial **y/o** • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	$0
	Pruebas de detección 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
	Prueba de detección del cáncer 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 cinco (5) años.	$0

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		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 aprobar por adelantado otros servicios según sean médicamente necesarios. Los siguientes miembros califican 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 intermedia 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 Complete. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos ambulatorios.	$0

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Prueba de detección del 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 (diez [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 previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal: está cubierta si han pasado al menos 59 meses desde el mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses desde el mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede cubrir una colonografía por tomografía computarizada de detección si han pasado al menos 23 meses desde el mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • 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 colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Prueba de detección del cáncer colorrectal (continuación)** • 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. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento cuando una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces, cubierta por Medicare, da un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que requiera extraer tejido u otra muestra, o cualquier otro procedimiento que se realice en relación con, y como resultado de la prueba, y durante la misma cita médica en que se llevó a cabo.	$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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios dentales* Cubrimos ciertos servicios dentales que incluyen, entre otros, limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Lo que no cubrimos está disponible a través de Medi-Cal Dental, como se describe en la **Sección F2** más adelante. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria del miembro. 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 órgano. Ofrecemos cobertura para servicios dentales preventivos e integrales, que incluyen: ● dos revisiones bucales, ● limpieza preventiva, ● servicios de restauración, ● prostodoncia, y ● servicios dentales generales complementarios. Consulte la **Sección F2** del **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre los beneficios dentales disponibles a través de Medi-Cal Dental. Si necesita ayuda para encontrar un dentista, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Prueba de 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
	Prueba de detección de diabetes Pagamos por esta prueba (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

Servicios cubiertos		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 la sangre, incluidos los siguientes: ○ un monitor de glucosa en la sangre ○ tiras reactivas para medir la glucosa en la 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), e incluso el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario **o** ○ 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 cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios de doula Para las mujeres embarazadas, pagamos nueve (9) consultas con una doula durante el periodo prenatal y posparto, así como apoyo durante el trabajo de parto y el nacimiento. También cubrimos hasta nueve (9) consultas después del parto.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* Consulte el **Capítulo 12** de esta *Guía para miembros* 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 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 en existencia una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios cubiertos		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, ● necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o lesión grave, o una afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que resulte en: ● riesgo grave para su salud o la de su bebé por nacer; **o** ● daño grave a las funciones corporales; **o** ● disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** ● pérdida de una extremidad o su función. ● En el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando: ○ No hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del nacimiento. ○ Un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la del bebé por nacer. Ofrecemos un reembolso de hasta $100,000 por atención de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera 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 estabilice su emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se continúe cubriendo su atención O el plan deberá autorizar la atención que reciba en el hospital fuera de la red.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención de emergencia (continuación) 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 respaldo a CalOptima Health OneCare Complete y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	Usted paga por los servicios de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaemos hasta $100,000 por año.
	Tarjeta Flex de OneCare ● artículos de venta libre (OTC) Si cumple los requisitos para el SSBCI: ● alimentos saludables, frutas y verduras frescas Recibe $170 cada trimestre en su tarjeta Flex de OneCare para comprar artículos y suministros de venta libre (OTC) disponibles en tiendas minoristas y a través de un catálogo de pedidos por correo. Recibirá por correo una tarjeta de débito prepagada. Deberá activarla antes de usarla: ● El monto del beneficio se agrega el primer día de cada trimestre: enero, abril, julio y octubre. ● El saldo restante no se transfiere a los siguientes trimestres. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Tarjeta Flex de OneCare (continuación) ● Puede comprar artículos sin receta, como productos para el resfriado y la tos, acetaminofén, vendas y otros productos elegibles. Si hace un pedido a través del catálogo de artículos OTC por correo, los artículos se enviarán directamente a su hogar. ● Recibirá un catálogo de pedidos por correo con instrucciones para hacer pedidos e información sobre los artículos que puede comprar con el monto de su beneficio. **Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)** **Alimentos saludables, frutas y verduras frescas** Algunos miembros con ciertas afecciones crónicas** podrían calificar para usar también el beneficio de $170 por trimestre para comprar alimentos saludables, frutas y verduras frescas, que incluyen, entre otros, productos frescos, alimentos integrales y alimentos congelados y enlatados. ● No podrá usar el monto de la tarjeta Flex para comprar alcohol, tabaco, bebidas azucaradas ni otros alimentos que no sean saludables. **No todos los miembros califican para recibir los beneficios de SSBCI. Consulte “Ayuda con ciertas enfermedades crónicas” más adelante en esta tabla para obtener información sobre cómo calificar.	$0

Servicios cubiertos		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 (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) ● 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) 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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass) Ofrecemos una membresía a gimnasios y centros de acondicionamiento participantes a través del proveedor One Pass, sin costo adicional para los miembros. ● Acceso a una red nacional de gimnasios, centros locales de YMCA y clases de ejercicios en línea. ● Acceso a clases digitales de acondicionamiento físico transmitidas en vivo y ejercicios disponibles en el momento que se soliciten. ● Reciba un kit de acondicionamiento físico en el hogar al año. Elija una de estas tres opciones: kit de ejercicio (bandas de resistencia), kit de yoga (tapete de yoga) o kit de Zumba (videos de ejercicios). Cómo comenzar: ● Visite YourOne Pass.com (disponible en español). ● Haga clic en "Get started" (Cómo comenzar) y siga las indicaciones. ● Obtenga su código de miembro de One Pass en la página principal de su cuenta. ● Haga clic en "Fitness" (Acondicionamiento físico) y luego en "Find gyms" (Buscar un gimnasio) para encontrar centros de acondicionamiento físico cerca de usted. ● Lleve su código de miembro de One Pass a cualquier centro participante. El personal activará su membresía para todas las visitas siguientes. Su código de miembro de One Pass es un código único que le permite ingresar a cualquier centro de acondicionamiento físico de la red. También puede usarlo para tener acceso a proveedores de acondicionamiento físico en línea y a otros servicios que ofrece One Pass.	$0

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		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.	$0
	Servicios de audición* Pagamos las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita un 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 implantes • reparaciones • un juego inicial de baterías • seis (6) consultas para capacitación, ajustes y adaptaciones con el mismo proveedor después de recibir el aparato auditivo • alquiler de aparatos auditivos durante un periodo de prueba • dispositivos de ayuda auditiva y aparatos auditivos de conducción ósea de superficie • servicios de audiología relacionados con aparatos auditivos y evaluaciones de seguimiento *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0 CalOptima Health OneCare Complete cubre hasta $500 del beneficio para aparatos auditivos antes de aplicar la asignación de $1,510 de Medi-Cal.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Ayuda con ciertas enfermedades crónicas Si tiene ciertas enfermedades crónicas, podría calificar para recibir el beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Para consultar la lista de enfermedades crónicas elegibles, consulte "Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas" más adelante en esta tabla. Si califica para el SSBCI, puede recibir los siguientes beneficios: • **Asignación para alimentos, frutas y verduras frescas** Consulte "Tarjeta Flex de OneCare" que aparece anteriormente en esta tabla para obtener información sobre lo que incluye este beneficio. • **Transporte al supermercado y gimnasios** Consulte "Transporte" más adelante en esta tabla para obtener información sobre lo que incluye este beneficio.	$0
	**Prueba de detección del VIH** Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • pidan una prueba de detección del VIH **o** • tengan un alto riesgo de infección por VIH. Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres (3) pruebas de detección del VIH durante el embarazo. También pagamos pruebas de detección de VIH adicionales cuando lo recomiende su proveedor.	$0

Servicios cubiertos		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 se encuentran en esta lista: ● servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y auxiliares 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 ocho [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

Servicios cubiertos		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 sondas 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

Servicios cubiertos		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, que incluye aquellos programas que son de nuestra propiedad, que administramos o en los que tenemos algún interés financiero. El médico de atención para enfermos desahuciados que lo atiende 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 Cuando ingresa a un programa de atención para enfermos desahuciados, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. **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 Complete.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos desahuciados (continuación) **Para 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 y que se facturan a Medicare:** ● El Plan Original de Medicare (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de atención para enfermos desahuciados por estos servicios y por cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras participe en el programa de atención para enfermos desahuciados, su proveedor enviará la factura directamente al Plan Original de Medicare por los servicios que cubre. **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. **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 esta *Guía para miembros* para obtener más información. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 copayment for Medicare-covered hospice care. 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 Complete.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención para enfermos desahuciados (continuación) **Aviso:** Si tiene una enfermedad grave, es posible que califique 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 (por única vez) para servicios de atención para enfermos desahuciados para un miembro con una enfermedad terminal que no haya optado por el beneficio de atención para enfermos desahuciados.	$0 copayment for Medicare-covered hospice care. 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 Complete.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios de apoyo en el hogar: atención de acompañamiento Pagamos hasta 90 horas por año por los siguientes servicios: ● Transporte: citas médicas, compras de alimentos y entrega de medicamentos recetados. ● Tareas domésticas: limpieza ligera, organización y lavandería. ● Socialización: conversación, juegos de mesa, lectura y preparación de comidas. ● Asistencia tecnológica: enseñar nuevas tecnologías, instalar dispositivos y servicios de telesalud. ● Ejercicio y actividad: caminar, montar en bicicleta y transporte al gimnasio. ● Asistencia a distancia: consultas virtuales. ● Entregas de alimentos y medicamentos recetados. Los miembros deben usar el proveedor contratado por CalOptima Health OneCare Complete, Papa. Para programar este servicio, llame a Papa al 1-833-200-6889.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Vacunas** Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía • vacunas contra la gripe/influenza, una vez durante cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, y vacunas adicionales si son médicamente necesarias • vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido la serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra afección que lo ponga en un riesgo alto o intermedio de contraer 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 esta *Guía para miembros* para obtener más información.	$0

Servicios cubiertos		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 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. **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 estabilice su emergencia.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) 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. 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 viaje y alojamiento para usted y otra persona. ● sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar el costo de las primeras tres (3) pintas de sangre que reciba durante un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. ● servicios médicos **Aviso**: Para ser considerado un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresar formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare, llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	
	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

Servicios cubiertos		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 ● radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos servicios y materiales del técnico ● 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

Servicios cubiertos		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, soportes o fajas, 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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: ● Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo en la atención de los riñones y ayudarle 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 (6) sesiones de servicios de educación 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 esta *Guía para miembros*, 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 para hacerse la diálisis usted mismo, 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. La Parte B de Medicare paga por algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)** Nuestro plan paga la prueba de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años **y** • tiene una consulta de asesoramiento y toma compartida de decisiones con su médico u otro proveedor calificado **y** • ha fumado al menos un (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 de la primera prueba de detección, nuestro plan paga otra prueba cada año con una orden por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide brindar asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y la toma compartida de decisiones para realizar una prueba de detección del cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare establecidos para dichas consultas.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	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 referencia de 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
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan paga por los servicios del MDPP para las personas que califiquen. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar el comportamiento saludable. Ofrece capacitación práctica en: • cambio en la dieta a largo plazo **y** • aumento de la actividad física **y** • maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos 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. Además, del costo del medicamento, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. ● factores de coagulación que usted mismo se administre mediante inyección si tiene hemofilia ● para trasplantes o medicamentos 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. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) ● 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 puede ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada ● determinados medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por la 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. ● 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) ● ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare ● medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato 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, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente 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, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) ● inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria ● nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. El **Capítulo 6** de esta *Guía para miembros* explica lo que paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	$0

?

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería* (continuación) • beneficios de la visión • exámenes auditivos • 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 continua 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
	**Prueba de detección de obesidad y terapia para ayudar a controlar el peso** Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por sesiones de asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe obtener estas sesiones en un entorno de atención primaria para que formen parte de su plan completo de prevención. Hable con su médico general para obtener más información.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios del Programa de tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP)* Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) a través del OTP que incluye los siguientes servicios: ● actividades de ingreso ● evaluaciones periódicas ● medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrar y proporcionarle estos medicamentos ● asesoramiento 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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	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 materiales del 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 • pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una afección médica • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Pagamos por los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios, con el propósito de determinar si necesita ser internado o si puede ser dado de alta. Estos servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Solo se cubren los servicios de observación cuando se brindan a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada según la ley estatal y las normas del personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital o solicitar estudios ambulatorios. **Aviso**: Si el médico no ha dado la orden de ingresarlo como paciente hospitalizado, se le considera paciente ambulatorio. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede seguir siendo considerado como paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare, llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

Servicios cubiertos		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 • laboratorios y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre que un médico confirme que, sin ese programa, sería necesario internarlo • radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • suministros médicos, como férulas y yesos • algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		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 (CSW) • un especialista en enfermería clínica (CNS) • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • profesional de enfermería (NP) • un médico auxiliar (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 diurno • 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* (continuación) • laboratorio ambulatorio, medicamentos, suministros y suplementos • consulta psiquiátrica *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0
	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 integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0
	Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias Pagamos por los siguientes servicios, y quizás otros servicios que no se encuentran en esta lista: • detección y asesoramiento sobre el abuso del alcohol • tratamiento contra el abuso de drogas • asesoramiento grupal o individual por un médico calificado • servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento de liberación prolongada de naltrexona (vivitrol)	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Cirugía ambulatoria* Pagamos la cirugía ambulatoria y los servicios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. **Aviso**: Si va a operarse en un hospital, debe verificar con su proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, se le considerará como ambulatorio. Aun cuando pasa la noche en el hospital, es posible que siga siendo considerado paciente ambulatorio. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		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 anticipada de la atención ● 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 de 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

Servicios cubiertos		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 que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico y terapeuta. 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 que recibe en el consultorio de su médico y terapeuta, pero menos intenso que una hospitalización parcial. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico* Pagamos por los siguientes servicios: ● Atención médicamente necesaria o servicios quirúrgicos que se brindan en lugares tales como: ○ consultorio médico ○ centro de cirugía ambulatoria certificado ○ departamento de pacientes ambulatorios del hospital ○ cualquier otra ubicación ● 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 consultas 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 sin importar dónde se encuentre. ● Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Physician/provider services, including doctor's office visits* (continuación) ● Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados federalmente. ● Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante cinco (5) a diez (10) minutos **si**: ○ no es un paciente nuevo **y** ○ la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete (7) días **y** ○ la consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita que tienen disponible más pronto. ● Evaluación de video y/o imágenes que le 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 siete (7) días **y** ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o antes de la cita que tienen disponible más pronto. ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo. ● Segunda opinión antes de la cirugía. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	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 en el talón) • atención de rutina de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes	$0
	**Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH** Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un alto riesgo de contraer VIH, cubrimos el medicamento de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP, en forma oral o inyectable, aprobado por la FDA, incluido el costo de la administración de la inyección, si corresponde. • Hasta ocho (8) sesiones de asesoramiento individual (que incluye evaluación de riesgo de VIH, orientación para reducir el riesgo y cumplimiento con la toma de medicamentos) cada 12 meses. • Hasta ocho (8) pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de hepatitis B virus.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Prueba de detección del 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 el cuidado de la colostomía • nutrición enteral y parenteral, incluidos kits de suministros de alimentación, bomba de infusión, sondas y adaptadores, soluciones y suministros para inyecciones autoadministradas • marcapasos • aparatos ortopédicos • 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 **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados* (continuación) ● crema y pañales para la incontinencia 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

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico general u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una sola prueba de detección. Si se considera de alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido usando drogas ilícitas inyectables desde su última prueba negativa de hepatitis C), cubrimos una prueba de detección cada año.	$0
	Prueba de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas 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 en persona 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

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)*	$0
	Consulte el **Capítulo 12** para obtener la definición de un centro de enfermería especializada. 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 especializada • 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 • suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería especializada • pruebas de laboratorio proporcionadas por centros de enfermería especializada • radiografías y otros servicios de radiología proporcionados por los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por los centros de enfermería • servicios de médicos/proveedores **Este beneficio continúa en la página siguiente**	

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF)* (continuación) Por lo general, obtiene su atención en los SNF de la red. Bajo ciertas condiciones, 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
	**Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco** El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto tanto para personas ambulatorias como hospitalizadas que cumplan con estos criterios: • han fumado o consumido tabaco, sin importar si tienen o no síntomas de una enfermedad relacionada • están conscientes y en condiciones de participar durante el asesoramiento • el asesoramiento lo brinda un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare Cubrimos dos (2) intentos para dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro 4 sesiones intermedias o intensivas, para un total de hasta ocho 8 sesiones por año).	$0



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Si tiene una o más de las enfermedades crónicas que se indican a continuación, corre el riesgo de ser hospitalizado o necesita ayuda para cuidar su salud y requiere una coordinación intensiva de la atención, podría calificar para recibir beneficios especiales. • 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; • Trastornos cardiovasculares limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico; • Insuficiencia cardíaca crónica; • Hipertensión crónica; • Demencia; • Hiperlipidemia crónica; • Diabetes mellitus; • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; • Enfermedad gastrointestinal crónica; • Enfermedad renal crónica (CKD); **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación) ● 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 (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; ● Posterior a un trasplante de órgano; ● Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; ● Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo; ● Afecciones con desafíos funcionales; ● Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; y **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Beneficio complementario especial para personas con enfermedades (SSBCI) (continuación) • Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o recuperen su funcionamiento. Si califica para el SSBCI, puede recibir los siguientes beneficios: • **Asignación para alimentos, frutas y verduras frescas** Consulte "Tarjeta Flex de OneCare" que aparece anteriormente en esta tabla para obtener información sobre lo que incluye este beneficio. • **Transporte a supermercados y gimnasios** Consulte "Transporte" más adelante en esta tabla para obtener información sobre lo que incluye este beneficio.	$0

Servicios cubiertos		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 periodo 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 las considera médicamente necesarias 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, médico auxiliar (PA) o profesional de enfermería (NP)/ especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Transporte: transporte médico que no es de emergencia* Este beneficio permite el transporte médico para un servicio cubierto por nuestro plan y por Medicare. Esto puede incluir: servicios de transporte médico de ambulancia, camioneta van con camilla, camioneta van para silla de ruedas, y coordinación con paratránsito. Se autorizan estos medios de transporte cuando: • su proveedor médico determina que su afección médica y/o física no le permite viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otro medio de transporte público o privado, y se requiere una autorización previa, **y** tendrá que llamar al plan para coordinar el transporte. 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 cómo conseguir este servicio. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Hable con su proveedor y obtenga una referencia.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Transporte: transporte no médico Este beneficio permite el transporte a los servicios médicos en automóvil de pasajeros, taxi u otros medios de transporte público/privado. Se ofrece transporte para que pueda recibir la atención médica necesaria que cubre Medi-Cal, que incluye citas con el dentista y para recoger medicamentos. También cubrimos el transporte para servicios que cubren tanto Medi-Cal como Medicare. Su cobertura incluye transporte ilimitado de ida y vuelta, sin costo alguno para usted, a lugares aprobados por el plan para recibir servicios médicamente necesarios, como: ● citas médicas ● recoger medicamentos recetados y suministros médicos ● citas de terapia **Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)** Si califica para el SSBCI, la cobertura también incluye 300 viajes sencillos hacia y desde: ● supermercados ● gimnasios Los viajes están limitados a un radio de 10 millas. ● Los medios de transporte al gimnasio y supermercado incluyen taxi y otros medios de transporte público. Programe su transporte al menos dos (2) días hábiles antes de su cita llamando al **1-866-612-1256** (TTY **711**). El plan debe coordinar estos viajes. No se reembolsarán viajes que no se haya coordinado a través del plan. Consulte la **Sección G2** del **Capítulo 3** para obtener más información sobre este servicio.	$0

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	Cuidado urgente necesario El cuidado urgente necesario 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 necesario, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando, por cuestión de tiempo, lugar y circunstancias, no es posible o razonable recibir este servicio 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 Complete 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 atención de emergencia, cuidado urgente y transporte de emergencia que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsa-remos hasta $100,000 por año.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la visión **Servicios de rutina para la vista** Cubrimos los servicios de rutina para la vista cuando usa un proveedor de nuestra red de VSP. Para encontrar un proveedor participante cerca de usted, consulte nuestro Directorio de proveedores. Sus beneficios de rutina para la vista incluyen: • un examen de la vista por año calendario • hasta $500 para anteojos (marcos y lentes), lentes de contacto y reparaciones cada dos años calendario. **Servicios cubiertos por Medicare** Pagamos por los siguientes servicios: • un examen de la vista de rutina cada año **y** • hasta $100 para anteojos (marcos y lentes) o hasta $100 para lentes de contacto cada dos años. Pagamos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, 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 mayores de 50 años • hispanoamericanos mayores de 65 años Para personas con diabetes, pagamos una prueba para la detección de retinopatía diabética una vez cada año. **Este beneficio continúa en la página siguiente**	$0 copago por el examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida una revisión anual para la detección de glaucoma). $0 copago por un examen de rutina de los ojos (hasta 1 cada año). Nuestro plan paga hasta $500 cada dos años por anteojos (marcos y lentes), lentes de contacto y reparaciones. $0 copago por anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicios cubiertos		Lo que usted debe pagar
	**Cuidado de la visión (continuación)** 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 una revisión anual para la detección de glaucoma). $0 copago por un examen de rutina de los ojos (hasta 1 cada año). Nuestro plan paga hasta $500 cada dos años por anteojos (marcos y lentes), lentes de contacto y reparaciones. $0 copago por anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicios cubiertos		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 (incluidas pruebas de detección, inyecciones o 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, dígale al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0

E. Apoyos comunitarios

Puede recibir apoyo 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 califica, estos servicios le pueden ayudar a vivir con mayor independencia. No reemplazan los beneficios que ya recibe a través del plan estatal de Medi-Cal.

Algunos ejemplos de los Apoyos comunitarios que ofrecemos incluyen alimentos y comidas de apoyo médico o comidas adaptadas a sus necesidades médicas, ayuda para usted o su cuidador, o rampas o barras de apoyo para la ducha.

Puede tener acceso a los servicios de Apoyos comunitarios solicitando una referencia usted mismo, mediante una referencia de un proveedor de atención médica o de un proveedor de Apoyos comunitarios. Puede encontrar los formularios de referencia en el sitio web de CalOptima Health en https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/medi-cal/benefits-and-services/community-supports#Flyers.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Transiciones a centros de vida asistida (ALF)

Las transiciones a centros de vida asistida (Assisted Living Transitions, ALF) (anteriormente conocido como "Transición/Canalización de un centro de enfermería a un centro de vida asistida, como centros de atención residencial para personas mayores y centros residenciales para adultos"), están diseñadas para ayudar a los miembros a vivir en la comunidad y evitar, en la medida posible, su institucionalización. El objetivo del servicio es ayudar al miembro a pasar de un centro de enfermería a un entorno comunitario con ambiente de hogar, y/o prevenir que ingrese a un centro de enfermería si ya vive en la comunidad.

Para los fines de la definición de este servicio, el término centro de vida asistida (ALF) incluye un Centro de atención residencial para personas mayores (Residential Care Facility for the Elderly, RCFE) o un Centro de atención residencial para adultos (Adult Residential Care Facility (ARF).

Remediación del asma

Los apoyos comunitarios para la remediación del asma consisten en suministros y/o modificaciones físicas en el entorno del hogar que son necesarios para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de un miembro, o para permitir que un miembro funcione en el hogar con una menor probabilidad de experimentar episodios graves de asma.

La remediación del asma es un complemento opcional de los Servicios preventivos para el asma (Asthma Preventive Services, APS) del plan estatal de Medi-Cal. Los APS cubren educación para el control personal del asma en una clínica y en el hogar, así como evaluaciones en el hogar para identificar factores ambientales que desencadenan el asma y determinar las modificaciones físicas o los suministros que podrían reducir la probabilidad de episodios agudos de asma. Los APS deben ser recomendados por un médico u otro profesional de la salud con licencia, dentro del alcance de su práctica conforme a la ley estatal.

Servicios de transición al hogar o comunidad

Los servicios de transición al hogar o comunidad, (anteriormente conocidos como "Servicios de transición comunitaria/transición de un centro de enfermería a un hogar"), ayudan a los miembros a integrarse nuevamente a la comunidad y evitar una institucionalización prolongada en un centro de enfermería.

Los servicios de transición al hogar o comunidad ayudan a los miembros a hacer la transición de un centro de enfermería certificada a un lugar donde vivir en la comunidad, ya sea en una residencia privada o en vivienda pública subsidiada. En estos casos, el miembro es responsable de buscar los recursos para cubrir sus gastos de vivienda.

Programas de habilitación diurna

Los programas de habilitación diurna están diseñados para ayudar a los miembros a adquirir, conservar y mejorar sus habilidades de independencia, socialización y adaptación necesarias para vivir con éxito en su entorno habitual. El servicio se brinda en el domicilio del miembro o en un entorno fuera del hogar que no sean instalaciones médica.

Adaptaciones de accesibilidad ambiental (modificaciones del hogar)

Las adaptaciones de accesibilidad ambiental (Environmental Accessibility Adaptations, EAA), también conocidas como modificaciones del hogar, son adaptaciones físicas a un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad del miembro, o para permitir que funcione con mayor independencia en el hogar, sin lo cual el miembro requeriría ser institucionalizado.

Los servicios están disponibles en una vivienda que sea propiedad del miembro, que este rente o arriende, o en la que resida.

Depósitos para vivienda

Los depósitos para vivienda asisten a las personas a identificar, coordinar, obtener o financiar servicios únicos y modificaciones necesarias para permitirles que establezcan un hogar básico. Los servicios y bienes que reciba un miembro deben basarse en una evaluación personalizada de sus necesidades y registrarse en su plan de apoyo para la vivienda. El DHCS ya no exige que un miembro reciba los servicios de navegación de vivienda (Housing Transition Navigation Services, HTNS) como requisitos para recibir los depósitos de vivienda. Es posible que muchas personas ya hayan recibido los HTNS (como mínimo, la evaluación relacionada para determinar si califican como inquilinos, la evaluación de vivienda y el plan de apoyo para la vivienda) antes de recibir este servicio, pero esto no es un requisito previo para la elegibilidad.

Servicios de mantenimiento y arrendamiento de vivienda (HTSS)

Los servicios de mantenimiento y arrendamiento de vivienda (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS) ayudan a los miembros a conservar un arrendamiento estable y seguro una vez que se consigue la vivienda. Los servicios que reciba un miembro deben basarse en una evaluación personalizada de sus necesidades y registrarse en su plan de apoyo para la vivienda.

Servicios de navegación de vivienda (HTNS)

Los servicios de navegación de vivienda (HTNS) asisten a los miembros a buscar, solicitar y obtener vivienda. Los servicios que reciba un miembro deben basarse en una evaluación personalizada de sus necesidades y registrarse en su plan de apoyo para la vivienda.

Comidas médicamente personalizadas (MTM) y Alimentos de apoyo médico (MSF)

Los servicios de comidas médicamente personalizadas (Medically Tailored Meals, MTM) y alimentos de apoyo médico (Medically Supportive Food, MSF) están diseñados para atender las enfermedades crónicas u otras afecciones graves relacionadas con la nutrición del miembro. Estos servicios ayudan a tratar y controlar estas afecciones, prevenir que empeoren y abordar las causas subyacentes de la enfermedad para obtener mejores resultados de salud y reducir los costos innecesarios.

Las referencias para MTM/MSF deben ser realizadas por un miembro del equipo de atención médica establecido del miembro o por CalOptima Health. Esto incluye, entre otros, médicos generales, especialistas, proveedores de atención para pacientes hospitalizados, nutriólogos, administradores de atención clínica, trabajadores sociales del hospital u otros miembros del equipo de atención clínica del miembro.

Servicios de cuidado personal y tareas del hogar (PCHS)

Los servicios de cuidado personal y tareas del hogar (Personal Care Services and Homemaker Services, PCHS) brindan servicios a los miembros que necesitan asistencia con las actividades de la vida diaria (ADL), como ayuda para bañarse, vestirse, usar el baño, moverse o alimentarse. Los servicios de cuidado personal también pueden incluir asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), como preparar comidas, hacer las compras de supermercado y administrar del dinero.

Incluyen servicios similares a los que ofrece el programa de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS), como limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compras de alimentos, servicios de cuidado personal (como cuidado intestinal y de la vejiga, baño, aseo personal y servicios paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión de protección para personas con discapacidad mental. Los PCHS ayudan a los miembros que, de otro modo, no podrían permanecer en sus hogares.

Atención de recuperación (reposo médico)

La atención de recuperación, también conocida como atención de reposo médico, es para los miembros que no tiene hogar o están en riesgo de quedarse sin vivienda y necesitan un entorno residencial a corto plazo donde puedan recuperarse de una lesión o enfermedad mientras reciben en el lugar coordinación de la atención con supervisión clínica, administración de casos y acceso a servicios médicos y sociales (incluso para una afección de salud del comportamiento). Este servicio es para miembros que tienen necesidades médicas lo suficientemente importantes como para requerir visitas a la sala de emergencias (ED), hospitalizaciones u otro tipo de atención en una institución.

Descanso para cuidadores

Los servicios de descanso se brindan a los cuidadores de miembros que requieren una supervisión temporal intermitente. Los servicios se brindan a corto plazo, principalmente para dar descanso o relevo a las personas que normalmente cuidan o supervisan al miembro, y no son de carácter médico.

Los servicios de descanso para cuidadores en el hogar se brindan al miembro en su propio hogar o en otro lugar que use como su hogar.

Centros de desintoxicación

Los centros de desintoxicación son lugares alternativos para miembros que sean hallados en estado de intoxicación en la vía pública (por alcohol y/u otras drogas) y que, de otro modo, tendrían que ir a sala de emergencias o a la cárcel. Los centros de desintoxicación brindan a estos miembros, sobre todo a quienes no tienen vivienda o viven en situaciones inestables, un ambiente seguro y de apoyo para que puedan recuperar la sobriedad.

Los centros de desintoxicación ofrecen servicios como evaluación médica inicial, pruebas de laboratorio, una cama temporal, rehidratación y alimentos, tratamiento para las náuseas, cuidado de heridas y cambio de vendajes, acceso a duchas y lavandería, educación y orientación sobre el consumo de sustancias, ayuda para coordinar y facilitar la conexión con otros servicios por consumo de sustancias u otros servicios de atención médica necesarios y, para las personas sin hogar, servicios de apoyo para la atención.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Renta de transición

CalOptima Health ofrece el servicio de renta de transición en circunstancias limitadas y está destinada para los miembros de Medi-Cal que califican y que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin vivienda. Puede brindar ayuda con la renta hasta por seis (6) meses en viviendas provisionales y permanentes a los miembros que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin vivienda, presentan ciertos factores de riesgo clínico y que, además, han tenido recientemente ya sea una transición crítica en la vida (como salir de un centro institucional o penitenciario o del sistema de crianza temporal), o que cumplen con otros requisitos de elegibilidad específicos.

CalOptima Health también ofrece este servicio a los miembros que cumplen con el factor de riesgo clínico de la población prioritaria de salud del comportamiento, es decir, aquellos que cumplen con los requisitos de acceso para recibir los Servicios especializados de salud mental (SMHS), servicios de Drug Medi-Cal (DMC) o del Sistema de entrega organizada de medicamentos de Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS), y que no tienen hogar o están en riesgo de quedarse sin vivienda. Además, el miembro debe formar parte de una población en proceso de transición, no tener vivienda ni acceso a un albergue, o cumplir los requisitos para recibir servicios a través de una Asociación de servicios integrales (Full Service Partnership).

Cuando a un miembro se le autoriza el servicio de Renta de transición, se le considera automáticamente elegible para los servicios de trío de vivienda correspondientes (servicios de navegación para la transición de vivienda, depósitos para vivienda, y servicios de mantenimiento y arrendamiento de vivienda).

A los miembros se les ofrecerá opciones de transición y recursos disponibles que incluyen subsidios y apoyos de Medi-Cal para la vivienda, así como otros apoyos, entre ellos los que se brindan bajo la Ley de servicios de salud del comportamiento (Behavioral Health Services Act). También se les informará sobre subsidios y apoyos para la vivienda no relacionados con Medi-Cal, como los que ofrecen 211 Orange County y United Way Orange County. Estas organizaciones pueden ayudar a conectar a los miembros con los recursos disponibles a través del Sistema coordinado de entrada (Coordinated Entry System, CES) y el Sistema de información para el manejo de personas sin vivienda (Homeless Management Information System, HMIS) del condado de Orange y a ayudarlos a conseguir vivienda permanente cuando termine la Renta de transición. Para recibir más ayuda, los miembros pueden llamar al 2-1-1 o al 949-646-4357 para comunicarse con un especialista capacitado en recursos.

Si necesita ayuda o desea obtener más información sobre los Apoyos comunitarios que pueden estar disponibles para usted, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre), o llame a su proveedor de atención médica**.**

F. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través del plan de pago por servicio de 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 60 días consecutivos, a regresar y permanecer seguros en un entorno comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el periodo 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 en 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 esta *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.

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, selladores y tratamientos con flúor
- restauraciones y coronas
- terapia de conducto radicular
- dentaduras postizas parciales 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 ayudarle de 8 a. m. a 5 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** en la Tabla de beneficios para obtener más información.

F3. Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

- El programa de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) ayudará a pagarles a los proveedores de atención participantes los servicios que le brindan 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.

- Para recibir servicios, se realiza una evaluación para determinar cuáles servicios se pueden autorizar para cada participante de acuerdo con sus necesidades. 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, cuidado intestinal y vesical, ayuda 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 más información.

F4. 1915(c) Programas de Exención para servicios en el hogar y la comunidad (HCBS)

Exención de vida asistida (ALW)

- El programa de Exención de 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 una 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 con ambiente de hogar o evitar el ingreso 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.
- La ALW solo está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Sonoma.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar la ALW.

Consulte la siguiente 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
- AARP Care Coordination Agency
  Teléfono: 1-805-695-3200
- Access TLC Home Health Care
  Teléfono: 1-800-852-9887
- All Hours Adult Care
  Teléfono: 1-844-657-4748
- Anthem Hospice Providers
  Teléfono: 1-909-533-4553
- Archangel Home Health
  Teléfono: 1-562-861-7047
- Bayview Hospice
  Teléfono: 1-855-962-4800
- Beta Hospice Care
  Teléfono: 1-747-293-5777
- Calstro Hospice
  Teléfono: 1-909-929-7312
- Central Coast Healthcare Services
  Teléfono: 1-818-852-7260
- Concise Home Health Services
  Teléfono: 1-310-912-3156
- Faith in Angels Hospice
  Teléfono: 1-818-509-0934
- GrandCare Assisted Living Services
  Teléfono: 1-877-405-6990
- Guidant Care Management
  Teléfono: 1-844-494-6304
- Home Health Services of California
  Teléfono: 1-213-385-9949
- I Care Hospice, Inc
  Teléfono: 1-818-238-9188
- Libertana Home Health Care
  Teléfono: 1-818-902-5000
- Media Home Health
  Teléfono: 1-818-536-7468
- Prestigious Health Services
  Teléfono: 1-626-331-7300
- River of Light Hospice
  Teléfono: 1-909-748-7999
- Sierra Hospice Care
  Teléfono: 1-213-380-1100
- Star Nursing
  Teléfono: 1-916-542-1445
- The Caring Connection
  Teléfono: 1-818-368-5007
- True Care Home Health
  Teléfono: 1-888-944-6248
- Universal Home Care
  Teléfono: 1-310-290-8680
- Victor Valley Home Health Services
  Teléfono: 1-442-327-9060
- Vigilans Home Health Services
  Teléfono: 1-909-748-7980
- Virtue Home Care
  Teléfono: 1-888-802-2227



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 centro de enfermería o en una institución. Los servicios de administración de la atención los presta un equipo multidisciplinario de administración de la atención conformado por un miembro del personal de enfermería 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.

?

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Consulte la siguiente lista de las agencias locales de coordinación de la atención de la HCBA que prestan servicios en el condado de Orange:

- Access TLC
  Teléfono: 1-805-517-1620
- Libertana Home Health
  Teléfono: 1-800-750-1444

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 una 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 profesional de enfermería 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 VIH con la administración de la salud; (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.
- Su coordinador de atención personal puede ayudarle a solicitar el MCWP.

Consulte la siguiente lista 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Aunque la mayoría de los participantes en el programa también reciben servicios de apoyo en el hogar, el MSSP brinda coordinación de 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 terapéuticos y de asesoramiento
    - servicios de comidas
    - servicios de comunicación
- Los miembros que están inscritos en la exención del MSSP 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.

F5. Servicios de salud del comportamiento del condado proporcionados fuera de nuestro plan (servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias)

Tiene acceso a los servicios de salud mental y del comportamiento médicamente necesarios 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 (mental health plan, MHP) del condado si cumple con los requisitos para recibir los servicios especializados de salud mental. Los servicios especializados de Medi-Cal para la salud mental brindados por el MHP de su condado incluyen:

- servicios de salud mental
- servicios de apoyo para medicamentos
- servicios de tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- servicios de intervención en casos de crisis y de estabilización
- 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
- servicios del comportamiento terapéuticos
- coordinación de cuidados intensivos
- servicios intensivos en casa
- reintegración por estar involucrado con el sistema judicial
- tratamiento comunitario asertivo (ACT)

- tratamiento comunitario asertivo forense (FACT)
- atención especializada coordinada (CSC) para un primer episodio de psicosis (FEP)
- servicios “clubhouse” (comunidades terapéuticas)
- servicios reforzados de trabajadores de la salud (CHW) en la comunidad

Los servicios del Drug Medi-Cal (DMC) están disponibles para usted a través de la agencia de salud del comportamiento de su condado si cumple con los requisitos para recibir estos servicios e 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 drogas
- 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 Drug Medi-Cal (DMC-ODS) pueden incluir:

- servicios de tratamiento ambulatorio
- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- medicamentos para el tratamiento de adicciones (también llamado tratamiento asistido con medicamentos)
- servicios de tratamiento residencial
- servicios para el manejo de los síntomas de abstinencia
- programa para el tratamiento por el consumo de drogas
- 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
- servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Además de los servicios ya mencionados, puede tener acceso a los servicios de desintoxicación voluntaria en un hospital si cumple con los requisitos.

Si tiene cualquier pregunta sobre los servicios de salud mental y 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 siguiente lista describe algunos artículos y servicios 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 esta *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 esta *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.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Atención de enfermería de 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, antienvejecimiento 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 otros dispositivos auxiliares 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio. Estos son los medicamentos que su proveedor le receta y que obtiene en una farmacia o del servicio de farmacia con pedidos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de esta *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 esta *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 su medicamento y la receta 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.

Su proveedor recetante **no** debe estar en las Listas de exclusión o preclusión o cualquier lista similar de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la **Sección A1** para obtener más información). O bien, puede surtir su receta a través del servicio de farmacia con pedidos por correo del plan.

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** de 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 llaman "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 expertos del área 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 de nuestro plan, de acuerdo con ciertos requisitos, antes de que podamos cubrirlo. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).

Índice de contenido

A. Cómo surtir sus recetas 169
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red 169
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro para surtir una receta 169
A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red. 169
A4. Qué hacer si su farmacia deja la red 170
A5. Cómo usar una farmacia especializada. 170
A6. Cómo usar el servicio de farmacia con pedidos por correo para recibir sus medicamentos. 170
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos. 172
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan 172
A9. Cómo solicitar el reembolso de una receta 173
B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan. 173
B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos* 173
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* 174
B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*. 175
C. Límites en algunos medicamentos 176
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 178
D1. Cómo obtener un suministro temporal 179
D2. Cómo solicitar un suministro temporal. 180
D3. Cómo solicitar una excepción 181
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 181
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 184
F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan 184
F2. En un centro de atención a largo plazo. 184
F3. En un programa de atención para enfermos desahuciados certificado por Medicare 184

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

G. Programas de seguridad y manejo de medicamentos 185
G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura. 185
G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos. 185
G3. Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura. 186

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos las recetas solo cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación de miembro para surtir una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura por su medicamento cubierto.

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 el reembolso correspondiente. **Si no puede pagar por el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para miembros* para saber cómo solicitar un reembolso.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede pedir que su proveedor le dé una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan algunos resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con Servicios para Miembros.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

A veces, las recetas 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 de proveedores de salud indígena (Indian Health Care Provider, IHCP). Los miembros nativos americanos e indígenas de Alaska tienen acceso a las farmacias de IHCP siempre que cuenten con una farmacia minorista inscrita. Las personas que no sean nativas americanas ni indígenas de Alaska también pueden recibir servicios en la farmacia minorista de un IHCP si están asignadas a la clínica o en situaciones de emergencia.
- Farmacias que surten 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, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros.

A6. Cómo usar el servicio de farmacia con pedidos por correo para recibir sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de farmacia con pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, este servicio se recomienda para los medicamentos que toma de forma continua para tratar enfermedades crónicas o de largo plazo.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Con el servicio de farmacia con pedidos por correo de nuestro plan puede solicitar un suministro para hasta 100 días. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Si necesita formularios o más información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2743** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Por lo general, una receta surtida por correo llega dentro de 7 a 10 días. Sin embargo, el pedido, en ocasiones, puede retrasarse. Si eso ocurre, puede llamar a su médico general para pedirle una receta de emergencia y llevarla a cualquier farmacia de la red cercana. El personal de la farmacia puede comunicarse con MedImpact (empresa asociada con CalOptima Health OneCare Complete) al 1-800-788-2949 para obtener una autorización de emergencia especial por el retraso en el envío del pedido.

Cómo funciona el proceso de pedidos por correo

El servicio de farmacia con pedidos por correo tiene procedimientos diferentes para recetas nuevas que reciben directamente de usted, las que reciben directamente del consultorio de su proveedor y para los resurtidos de sus recetas.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe de usted

La farmacia procesa y envía automáticamente las recetas nuevas que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor.

Cuando la farmacia recibe una receta directamente de su proveedor, se comunicará con usted para confirmar si quiere surtir el medicamento de inmediato o en otra fecha.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté surtiendo el medicamento correcto (incluyendo concentración, cantidad y forma) y, si es necesario, cancelar o retrasar el pedido antes de que se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles qué hacer con la receta nueva y evitar retrasos en el envío del pedido.

3. Resurtidos de recetas por correo

Para obtener el resurtido de un medicamento, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se le acabe para volver a surtirlo y asegurarse de que el próximo pedido llegue a tiempo.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Informe a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted para confirmar los pedidos antes del envío. Para informar cómo prefiere que se comuniquen con usted, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2743** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

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 aquellos que toma de forma continua para tratar enfermedades crónicas o de largo plazo. Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro para 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.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de farmacia con pedidos por correo de la red de nuestro plan para recibir un suministro a largo plazo de sus medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre el servicio de farmacia con pedidos por correo.

A8. Cómo usar 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 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.

Pagamos las recetas surtidas 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 de manera regular en una farmacia de la red que sea accesible. (Por ejemplo, un medicamento especializado).

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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.
- Está surtiendo una receta 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. Cómo solicitar el reembolso de una receta

Si necesita usar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total de la receta cuando la obtenga. Después, puede pedirnos que un reembolso. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento surtido en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos si hubiera usado una farmacia dentro de la red.

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 solicitar un rembolso de Medi-Cal Rx al presentar 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 esta *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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por nuestro 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 recetas a través de Medi-Cal Rx.

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es uno que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos 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 llaman 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 medicamentos 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Utilice nuestra "Herramienta de beneficios en tiempo real" en www.medimpact.com para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* para obtener una cantidad aproximada de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la lista que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- 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*.
- En ciertas situaciones, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información al respecto.

Nuestro plan no paga por los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Estos se llaman **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 esta *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 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.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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
- 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 realizados exclusivamente por 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.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, las reglas especiales limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento efectivo y seguro, y que funcione para su afección médica. 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.

Tenga en cuenta que es posible que un mismo medicamento aparezca varias veces en nuestra *Lista de medicamentos*. Esto se debe a que puede haber diferencias en la concentración, cantidad o forma en que su proveedor lo recete (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; una vez al día en lugar de dos veces al día; presentación en tableta en lugar de líquida), y cada versión de los medicamentos puede tener restricciones distintas).

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 consideran que una regla no debería aplicarse a su situación, puede solicitar que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Podemos o no estar de acuerdo en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Consulte el **Capítulo 9** de esta *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.

2. **Obtener la aprobación del plan por adelantado**

   Para algunos medicamentos, usted o su proveedor recetante deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de poder surtir un medicamento. A esto se le llama autorización previa. Esto se hace para garantizar que los medicamentos se usen de manera segura y para orientar el uso correcto de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página o visite nuestro sitio web en **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy** para obtener más información sobre el proceso de autorización previa.

3. **Probar un medicamento diferente primero**

   En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igualmente de 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Si el Medicamento A **no** funciona para usted, cubrimos el Medicamento B. Esto se conoce como terapia por etapas. Llame al Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página o visite nuestro sitio web en **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy** para obtener más información sobre la 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, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de cierto medicamento, podemos limitar la cantidad que puede recibir 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/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**. 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 esta *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.

Hay cosas que puede hacer si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo cubramos.

D1. Cómo 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 siguientes dos reglas:

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 para 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 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 para 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 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 para volver a casa; terminar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare para pasar a cobertura de la Parte D; renunciar al estatus del centro de atención para enfermos desahuciados para volver a los beneficios normales de la Parte A y la Parte B; 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.

D2. Cómo 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. Cómo solicitar una excepción

Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para solicitar una excepción.

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 autorización previa 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 en la terapia por etapas de un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de modificar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. 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**

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**, **o**
- llamar a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

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. 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 retiran medicamentos inseguros y otros medicamentos del mercado. En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por distintos motivos. Si esto sucede, lo podemos eliminar de inmediato de nuestra *Lista de medicamentos*. Si usted está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio. Puede hablar con su médico u otro proveedor recetante para encontrar un medicamento diferente que podemos cubrir para tratar su enfermedad. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma enfermedad.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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.

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**
- 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 esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Cambios a la *Lista de medicamentos* que no le afectan durante este año de plan

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 o limitamos el uso de un medicamento que está tomando, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento para 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 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.

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 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.
- 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 esta *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
- pueden tener un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades no seguras de analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregir el problema.

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

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 consulta 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.

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 (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa diseñado para garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos con alto riesgo de abuso. 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, junto con sus proveedores recetantes, determinamos que el

uso de medicamentos opioides o benzodiazepina recetados podría no ser seguro para usted, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en el programa DMP, las limitaciones pueden incluir:

- requerir que todas las recetas para esos medicamentos se surtan en una o más farmacias designadas
- requerir que todas las recetas de opioides o benzodiazepina sean ordenadas por un proveedor o proveedores específicos
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubrimos para usted

Si planeamos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, 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 específico o farmacia designada.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores recetantes o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, y si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su proveedor recetante pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO). Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las apelaciones y la IRO.

Es posible que el DMP no aplique en su caso si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- recibe 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos de Medicare y Medi-Cal

Introducción

Este capítulo le informa lo que paga por sus medicamentos como paciente ambulatorio. Por "medicamentos" nos referimos a:

- medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal Rx

Debido a que es elegible para Medi-Cal, recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

> **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos 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 esta *Guía para miembros*.

Para obtener más información sobre medicamentos, 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
    - si hay algún límite en los medicamentos
  - 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/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**.

- La mayoría de los medicamentos que obtiene de una farmacia están cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. 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 en (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.

- El **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros*.
  - Explica cómo obtener sus medicamentos como paciente ambulatorio a través de nuestro plan.
  - Incluye reglas que debe seguir. También le indica qué tipos de medicamentos 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 precio que se muestra es un costo estimado de los gastos directos 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* incluye las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice de contenido

A. La *Explicación de beneficios* (EOB). 191

B. Cómo llevar la cuenta de los costos de sus medicamentos 192

B1. ¿Qué pasa si encuentra errores en este resumen? 193

B2. ¿Y qué tal un posible fraude? 193

C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo . . . 194

C1. Nuestro plan tiene 1 nivel de costo compartido 194

C2. Sus opciones de farmacia 195

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 195

D. Lo que paga por vacunas de la parte D 195

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse. 196

A. La *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro del costo de sus medicamentos y los pagos que hace cuando surte sus recetas médicas en la farmacia. 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 obtuvo 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, SPAPs).
- 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 nuestro plan pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de beneficios (EOB).* Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen le indica qué medicamentos recibió el mes anterior. Muestra el monto total de los medicamentos, lo que pagamos y lo que usted y otros pagaron por usted.
- **Total del año desde el 1.º de enero**. Esto muestra el monto total de los medicamentos y pagos acumulados por sus medicamentos desde que inició el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, se ofrece información sobre otros medicamentos disponibles de menor costo compartido para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no cuentan como gastos directos de su bolsillo.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- La mayoría de los medicamentos 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 (www.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.

Puede pedirnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento. Obtenga los recibos o comprobantes de pago, y envíe la solicitud de reembolso con toda la documentación de respaldo a CalOptima Health OneCare Complete. 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 usando 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 bajo ciertas circunstancias.

Consulte el **Capítulo 7** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros hagan 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 el Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia para 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.

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?

B1. ¿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 Complete. También puede encontrar respuestas a muchas de sus preguntas en nuestro sitio web: **www.caloptima.org/OneCare**.

B2. ¿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 Complete.
- 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.
- 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 preguntas en nuestro sitio web: **www.caloptima.org/OneCare**. Conserve estas EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C. No paga nada por un suministro de medicamentos para un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

C1. Nuestro plan tiene 1 nivel de costo compartido

El costo compartido que le corresponde pagar cuando obtiene un suministro para un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto en:

	Una farmacia de la red Un suministro para un mes o de hasta 30 días	**El servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Un suministro para tres meses o de hasta 100 días	**Una farmacia de atención 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 esta *Guía para miembros* para obtener más información.
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos y medicamentos de marca)	$0	$0	$0	$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden surtirle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

C2. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si lo obtiene 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 esta *Guía para miembros* para saber cuándo lo hacemos **o**
- la farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no está cubierto. Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre estas opciones de farmacia.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. No paga nada por un suministro a largo plazo.

Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

D. Lo que paga por vacunas de la parte D

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 nuestra *Lista de medicamentos*. 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* de nuestro 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 es por el costo de **la vacuna en sí**.
2. La segunda parte es por el costo de **administrarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

D1. Lo que debe saber antes de vacunarse

Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro plan cubre su vacuna.
- 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.

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 esta *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 203

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan 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 Complete 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 medicamentos o atención médica, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**, del **Capítulo 7**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
    - Si pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos lo que pagó.
- 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 reembolsaremos un servicio que no esté cubierto por CalOptima Health OneCare Complete.
    - Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de CalOptima Health OneCare Complete.
    - Solicita el reembolso 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 Complete. 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 Complete le informará si recibirá un reembolso a través de una carta llamada Aviso de acción. Si cumple con todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito con Medi-Cal debe reembolsarle el monto total que pagó. Si el proveedor se niega a darle un reembolso, CalOptima Health OneCare Complete le enviará el reembolso del monto total que pagó dentro de 45 días hábiles de recibir el reclamo. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en nuestra red y se niega a darle un reembolso, CalOptima Health OneCare Complete le dará un reembolso, pero solo hasta el monto que pagaría Medi-Cal de pago por servicio (FFS). CalOptima Health OneCare Complete le reembolsará 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 recibirá un reembolso.
- No recibirá un reembolso si:
  - Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, tales como los servicios cosméticos.
  - El servicio no es cubierto por CalOptima Health OneCare Complete.
  - Acudió a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario indicando que desea ser atendido de todos modos y que usted mismo pagará por los servicios.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindar información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Ejemplos de ocasiones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o que paguemos una factura que recibió incluyen:

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 paga el monto total cuando recibe la atención, solicite que le reembolsemos. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 por el servicio de Medicare, se lo reembolsaremos.

2. Cuando un proveedor de la 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** a los números que figuran al pie de la página **si recibe alguna factura**.

- Como pagamos el costo total de sus servicios, usted no tiene que pagar ningún gasto. Los proveedores no deben cobrarle nada por estos servicios.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del asunto.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por los servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó. Le reembolsaremos lo que pagó por servicios cubiertos.

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 un reembolso.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que realizó.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa 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 solicite el reembolso.
- Consulte el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted, 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 solicite el reembolso.
- 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 esta *Guía para miembros)*.
    - Si usted y su médico u otro proveedor 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 esta *Guía para miembros)*.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida un reembolso. En algunos casos, es posible que tengamos que obtener más información de su médico u otro proveedor recetante para poder reembolsarle por el 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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, lo pagaremos.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta *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 a su coordinador de atención personal que le ayude. 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 Complete Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Para reclamos de farmacia, envíe su solicitud de pago por correo postal junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

CalOptima Health OneCare Complete
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Debe enviarnos su reclamo dentro de un plazo de tres (3) años a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 suya.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsemos 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 esta *Guía para miembros* se explican las reglas para obtener sus servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de esta *Guía para miembros* se explican las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar 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 el **Capítulo 9** para obtener más información sobre las decisiones de cobertura.

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 esta *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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 esta *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 206

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades 207

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị 208

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند. 209

A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리 210

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利. 211

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك 212

A. Ваше право получать услуги и информацию в форме, отвечающей вашим потребностям 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. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente 218

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 218

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 220
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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. 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're 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, Arabic, and Russian and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - To make a standing request for materials in a threshold language or in an alternative format, call Customer Service at the number at the bottom of the page or by accessing our secure online member portal at **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Your standing request will be kept in our system for all future mailings and communications.
  - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week (October 1 to March 31), and 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (April 1 to September 30). 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). 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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, tanto clínicos como no clínicos, de manera accesible y culturalmente apropiada, incluso para las personas con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera en que pueda entenderla, llame a su coordinador de atención personal o a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas, además del inglés, incluyendo español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso. También podemos brindárselos en formatos alternativos, como letra grande, braille o audio. Para solicitar materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros, **y**
  - Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los 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. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

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 rằng **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính, hoặc những người từ các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Chúng tôi cũng 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 điều phối viên chăm sóc cá nhân của quý vị hoặc 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, tiếng Ả Rập, và tiếng Nga và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. 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 Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Để thực hiện yêu cầu thường trực để nhận các tài liệu bằng một ngôn ngữ chính hoặc bằng hình thức khác, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số điện thoại ở cuối trang hoặc vào trang thông tin trực tuyến an toàn dành cho thành viên của chúng tôi tại **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). 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). 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.

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **تمام** خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ شما و با قابلیت دسترسی آسان ارائه می‌شوند، از جمله برای افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوعی دارند. ما همچنین باید مزایای طرح درمانی و حقوق شما را به شیوه‌ای که برای شما قابل درک باشد، برای شما شرح دهیم. ما باید هر سال که در طرح ما هستید، در مورد حقوقی که در برنامه دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف ارائه می‌دهد.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی 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 به آدرس زیر نامه بنویسید:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - برای ارائه درخواست دائمی دریافت مطالب به زبان دلخواه خود یا در یکی از قالبهای جایگزین، با خدمات مشتریان توسط شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید یا به پورتال آنلاین امن اعضا ما در **https://member.caloptima.org/#/user/login** مراجعه نمایید.
  - درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی ثبت کنید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره 1-916-440-7370 کاربران TTY میتوانند با 711 تماس بگیرند.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 서비스가 영어 능력에 제한이 있거나, 글 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 임상적, 비임상적 서비스가 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 회원이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 회원이 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 회원이 권리에 대해 알려야 합니다.

- 회원이 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 개인 관리 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 영어 이외의 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 주소로 편지를 보내십시오:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 특정 언어 또는 대채 형식으로 자료를 영구 요청을 하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 온라인 회원 포털 **https://member.caloptima.org/#/user/login**에 접속하십시오.
  - 회원의 영구 요청은 향후 우편 소통 및 기타 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화주십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에 대한 정보를 받는 데 어려움이 있고 불만을 제기하길 원시면 다음 번호로 전화하십시오:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권리 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- U.S Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권리 사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利

我們必須確保**所有**臨床和非臨床服務均以符合文化規範且易於理解的方式提供給您，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。我們還必須以您能夠理解的方式告知您我們計劃的福利和您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須將您的權利告訴您。

- 為了以您能理解的方式獲取信息，請致電您的個人護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可用不同語言解答您的疑問。
- 我們的計劃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、阿拉伯語和俄語，以及大字體印刷、盲文或音頻等格式。如需這些其他格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 如需長期要求取得主要語言或其他格式的資料，請撥打頁面底部的客戶服務電話，或瀏覽我們的安全線上會員入口網站：
    https://member.caloptima.org/#/user/login
  - 您的長期請求將保留在我們的系統中，用於以後的所有郵件和通信
  - 這是免費電話。若要取消或更改您的長期請求，請撥打 **1-877-412-2734**（TTY **711**），請於每週7天, 上午8點至晚上8點 (10月1日至3月31日), 以及週一至週五, 上午8 點至晚上8點 (4月1日至9月30日), 撥打。這是免費電話。：

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

如果您因語言障礙或殘障而無法獲取我們計劃的信息，並希望提出投訴，請致電：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights (民權辦公室): 916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711。
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美國衛生與公眾服務部，民權辦公室): 1-800-368-1019。TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية، لك بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية و عرقية متنوعة. يجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يسهل عليك فهمها، قم بالاتصال بمنسق الرعاية الشخصية الخاص بك أو بخدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متعددة اللغات للرد على جميع استفساراتك.
- يمكن لخطتنا أيضًا أن توفر لك مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتابة بطريقة برايل، أو الصوتيات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - لتقديم طلب دائم للمواد بلغة العتبة أو بتنسيق بديل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو عن طريق الوصول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية
  - لإلغاء طلبك الدائم أو إدخال تعديل عليه، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشكلات تتعلق باللغة أو باعاقة وأردت تقديم شكوى، فاتصل بـ :

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية) على الرقم 1-916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1019-368-800-1. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 7697-537-800-1.

A. Ваше право получать услуги и информацию в форме, отвечающей вашим потребностям

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как клинические, так и неклинические — предоставлялись вам с учётом культурных особенностей и в доступной форме, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха, а также для лиц с разнообразным культурным и этническим происхождением. Мы также обязаны предоставлять вам информацию о льготах нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы обязаны сообщать вам о ваших правах каждый год, пока вы состоите в нашем плане.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, позвоните своему персональному координатору медицинского ухода или в Службу поддержки. Наш план бесплатно предоставляет услуги устного и жестового перевода, чтобы вы могли получить ответы на свои вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, отличных от английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из таких альтернативных форматов, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Чтобы подать запрос на постоянное предоставление материалов на одном из пороговых языков или в альтернативном формате, позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или воспользуйтесь нашим защищённым онлайн-порталом для участников: **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Такой запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих рассылок и коммуникаций.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Чтобы отменить или изменить свой запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — с 8 a.m. до 8 p.m. 7 дней в неделю (с 1 октября по 31 марта), и с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу (с 1 апреля по 30 сентября). Звонок бесплатный.

Если из-за языкового барьера или инвалидности у вас возникают трудности с получением информации от нашего плана и вы хотите подать жалобу, позвоните в следующие организации:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (DHHS): 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- 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 esta *Guía para miembros*.
  - Llame a Servicios para Miembros o consulte 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 consultar un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es la aprobación de su médico general para consultar un proveedor que no sea 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Tiene derecho a obtener servicios de emergencia o atención médica que se necesita con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a surtir sus recetas 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 esta *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 esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre cómo mantener sus proveedores y las autorizaciones de servicios.
- Tiene derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica con la ayuda de su equipo de atención y coordinador de atención personal.

El **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* le informa lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También 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 (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye información personal 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 conseguir la autorización de ningún otro miembro para recibir servicios confidenciales o presentar un reclamo por servicios confidenciales. CalOptima Health OneCare Complete 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

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

designación, al nombre del miembro en la dirección o el número de teléfono en archivo. CalOptima Health OneCare Complete no divulgará información médica relacionada con servicios confidenciales a ningún otro miembro sin la autorización por escrito del miembro que recibe atención médica. CalOptima Health OneCare Complete 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 una comunicación confidencial

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por su método de contacto preferido (por ejemplo, al 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 información médica personal (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, lo que incluye información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. 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.

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 corrijamos 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 compartimos su PHI con otros y cómo lo hacemos, para cualquier propósito que no sea de rutina.

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 Complete están disponibles en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso. 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

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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
- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
  - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta *Guía para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta *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 esta *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 recibió

E. Los proveedores de la red no pueden cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar ni cobrar el saldo si pagamos menos de la cantidad que cobró el proveedor. Consulte el **Capítulo 7** de esta *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 de la Parte D de Medicare de un plan de medicamentos o de otro plan de MA.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Consulte el **Capítulo 10** de esta *Guía para miembros*:
    - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o MA.
    - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medi-Cal si abandona nuestro plan.

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. El **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* le indica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 en algún momento no puede tomar decisiones propias.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo manejar su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso la atención que **no** desea.

El documento legal utilizado 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.

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, un trabajador social o en algunas papelerías. Las farmacias y consultorios médicos 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. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su médico general, le ayude a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesitan saber.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted, si usted no puede hacerlo. 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 Complete le informará sobre los cambios a la ley estatal a más tardar 90 días después del cambio.

La ley prohíbe que se le niegue atención o que se le discrimine por haber firmado una instrucción anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

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

El **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* 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 esta *Guía para miembros*, o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- El Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 Ombudsman de Medi-Cal al 1-888-452-8609. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Guía para miembros* para obtener más detalles sobre este programa.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar el documento "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).

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 esta *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 esta *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 esta *Guía para miembros*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** 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 las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con su proveedor.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- **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 Complete, 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).
- **Avisarnos 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. El **Capítulo 1** de esta *Guía para miembros* 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 esta *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.
    - **Si se muda, avísele al Seguro Social (o la Junta de ferroviarios jubilados).**
- **Avisarnos si tiene un nuevo número de teléfono** o una mejor manera de comunicarnos con usted.
- **Llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes**.

?

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 nuestro plan.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan dijo que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que tomó nuestro 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 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 Ombudsman 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 esta *Guía para miembros* para obtener recursos adicionales para tratar sus inquietudes y formas de comunicarse con el programa.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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. Cómo obtener más información y ayuda 227

C. Cómo entender las quejas y apelaciones de Medicare y Medi-Cal en nuestro plan . . 229

D. Problemas con sus beneficios 229

E. Decisiones de cobertura y apelaciones 229
E1. Decisiones de cobertura 230
E2. Apelaciones 230
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones 231
E4. ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar? 231

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 1 236
F4. Cómo hacer una Apelación de Nivel 2 239
F5. Problemas de pago 244

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 245
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare 246
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

H. Cómo pedir que cubramos una hospitalización más larga 256
H1. Información sobre sus derechos de Medicare 257
H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 258

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

H3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 259

I. Cómo 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 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 265

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 265

K. Cómo presentar una queja 267

K1. ¿Qué tipo de problemas deben ser quejas? 267

K2. Quejas internas 269

K3. Quejas externas 270

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo manejar los problemas e inquietudes. El proceso que siga depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro proceso para **presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Para garantizar la equidad y la rapidez, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros 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 sencillas 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" (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también los proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Cómo obtener 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 de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre) para ayudarle a resolver problemas o responder preguntas.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Ayuda del Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos

Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) al 1-800-434-0222. También puede revisar su sitio web en www.aging,ca.gov/HICAP/. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender sobre qué hacer con su problema. HICAP no está afiliado con nosotros ni con ninguna compañía 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 Ombudsman de Medicare Medi-Cal

Puede llamar al Programa Ombudsman de Medicare Medi-Cal y hablar con un defensor sobre sus preguntas de cobertura de salud. Ellos podrían brindarle ayuda legal gratuita. El Programa Ombudsman 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:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California

El mediador en asuntos de interés público (Ombudsman) de atención administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud (DHCS) de California puede ayudarle si tiene problemas para inscribirse, cambiar o dejar un plan de salud. También puede ayudarle si se mudó y tiene problemas para transferir su cobertura de Medi-Cal a otro condado. Puede llamar al Ombudsman de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., al 1-888-452-8609.

C. Cómo entender 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 conoce como "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. La **Sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, consulte las partes de este capítulo que 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 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. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la **Sección E**, "Decisiones de cobertura y apelaciones".	**No.** Mi problema no se trata de beneficios o cobertura. 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 trata problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como atención médica. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para resolver asuntos sobre si algo está cubierto o no, y cómo se brinda la cobertura.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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. 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 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.**

Tomamos una decisión de cobertura cuando revisamos una solicitud de servicio o un reclamo. 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 la decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se conoce como 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.

Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. Bajo ciertas circunstancias, explicadas más adelante en la **Sección F2** de este capítulo, puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o "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 de la cobertura de atención médica de Medicare, la carta le informará 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 Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 Ombudsman de Medicare Medi-Cal al 1-855-501-3077.**
- **Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (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 Ombudsperson (Defensor público) 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 en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

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 situación en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, "Atención médica".
- **Sección G**, "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- **Sección H**, "Pedir que cubramos una estadía más larga en el hospital".
- **Sección I**, "Pedir que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos". (Esta sección solo 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. Consulte la **Sección H** para obtener más información sobre cómo solicitar una hospitalización más larga.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en la tabla de beneficios del **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros*. En algunos casos, pueden aplicarse reglas diferentes para los medicamentos de la Parte B de Medicare. Cuando es el caso, explicamos cómo difieren las reglas para los medicamentos 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**.

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**.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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, use 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 conoce como "**determinación integrada de la organización**".

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una decisión de cobrtura comunicándose con nosotros por:

- teléfono: **1-877-412-2734**, TTY: **711**
- fax: **1-714-246-8711**
- correo: CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos "estándar" a menos que aceptemos usar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le brindaremos una respuesta dentro de:

- **Siete (7) días calendario** a partir de que recibimos su solicitud **para un servicio o artículo médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa.**
- **14 días calendario** a partir de que recibimos su solicitud **para cualquier otro servicio o artículo médico**.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- **72 horas** a partir de que recibimos su solicitud **para un medicamento cubierto por la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si solicitamos más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tardar más días si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tardar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y de apelaciones. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida**.**

Decisión de cobertura rápida

El término legal para decisión de cobertura rápida es "**determinación acelerada**".

Cuando necesita que decidamos rápidamente sobre su atención médica, puede pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Una decisión de cobertura rápida significa que le brindaremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** a partir de que recibimos su solicitud **para un servicio o artículo médico.**
- **24 horas** a partir de que recibimos su solicitud **para un medicamento cubierto por la Parte B de Medicare**.

En el caso de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales si determinamos que falta información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para conseguirnos la información para su revisión correspondiente. Si tardamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tardar más días si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare**.

Si considera que **no deberíamos** tardar días adicionales en tomar la decisión de cobertura, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tardar días adicionales. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida. Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Está solicitando cobertura para artículos y/o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Seguir los plazos estándar **podría causar un daño grave a su salud** o afectar su capacidad para funcionar.

Automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico nos informa que su salud lo requiere. Si la 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 automáticamente le damos una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
  - 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 y cambiemos nuestra decisión.
- 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 **o**
- 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F3. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un artículo o servicio denegado o para continuar recibiendo un artículo o servicio que ya recibe, usted, su médico o su representante autorizado deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

- Si su médico u otro proveedor solicita continuar con un servicio o artículo que ya recibe mientras se procesa su apelación, es posible que deba nombrarlo como 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.pdf *o en nuestro sitio web* **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**.
- 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 plazo 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 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasó la fecha límite y tiene una buena razón para no haberla cumplido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunas razones válidas pueden ser que estuvo gravemente enfermo o que le dimos información equivocada sobre la fecha plazo. Cuando presente su apelación, explique por qué está presentando su apelación tarde.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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, usted y/o su médico pueden solicitar una apelación rápida.

Automáticamente le damos una apelación rápida si su médico nos informa 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 indicará y usamos los plazos estándar en su lugar. La carta indicará:
  - Que automáticamente le damos una apelación rápida 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 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 cualquier medida.
- 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 diez (10) días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 72 horas a partir de que recibimos su apelación, o antes si su salud requiere una respuesta más rápida**. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, a su proveedor recetante o su representante una confirmación verbal de la denegación.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una IRO luego lo revisa. El IRO le informará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en 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 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 Complete revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación. Consulte la **Sección F4** para saber 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 72 horas de que recibimos su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- **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 Appeal.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** a partir de que recibimos su apelación por la cobertura de los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de siete (7) días calendario** a partir de que recibimos su apelación, o antes si su salud lo requiere.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 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 Complete revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación. Consulte la **Sección F4** para saber cómo presentar una Audiencia estatal.

Si respondemos Sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de 30 días calendario a partir de que recibamos su solicitud de apelación, o antes si su salud lo requiere, y dentro de 72 horas a partir de la fecha en que cambiamos la decisión, o dentro de siete (7) días calendario a partir de que recibamos su apelación si su solicitud es para un medicamento 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Si su problema se trata de un servicio o artículo que tanto **Medicare como Medi-Cal** pueden cubrir, automáticamente obtiene una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. Además de la Apelación automática de Nivel 2, también puede solicitar una Audiencia estatal 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 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 ten (10) días calendario a partir de que reciba 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**", y a veces se conoce como "**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 72 horas** de que reciba 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 su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de siete (7) días calendario** a partir de que reciba 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 72 horas o**
  - Brindar el servicio **dentro de cinco (5) días hábiles** a partir de que recibimos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar o**
  - Brindar el servicio **dentro de 72 horas** a partir de 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 de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
  - **Dentro de 72 horas** a partir de que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes estándar, o**
  - **Dentro de 24 horas** a partir de 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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.
- 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 237 para obtener más información.

Puede solicitar una Audiencia estatal de las siguientes maneras:

- En línea: www.cdss.ca.gov.
- Por teléfono: llame al 1-800-743-8525. Este número puede estar muy ocupado y es posible que reciba un mensaje indicándole que vuelva a llamar más tarde. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame a la línea TTY/TDD 1-800-952-8349.

- Por escrito: llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta por correo postal o fax a:
  - Correo postal: California Department of Social Services State Hearings Division
    P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
    Sacramento, CA 94244-2430
  - Fax: (916) 309-3487 o gratuitamente al 1-833-281-0903
- Puede completar la "Solicitud para una Audiencia estatal" que se encuentra al reverso del Aviso de acción. Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social y/o número CIN, y el motivo por el que desea una Audiencia estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia estatal, incluya en el formulario o la carta su nombre, dirección y número de teléfono de esa persona. Si necesita un intérprete, informe a la División de Audiencias estatales qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. La División de Audiencias estatales se lo proporcionará. Si tiene una discapacidad, la División de Audiencias estatales puede conseguirle adaptaciones especiales, sin costo alguno, para ayudarle a participar en la audiencia. Incluya información sobre su discapacidad y la adaptación que necesita.

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 72** horas de que recibimos 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..

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le cobren por los servicios y artículos que están cubiertos. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que haya cobrado por un servicio o artículo que está cubierto. Nunca se le pedirá que pague el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos que están cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura usted mismo. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si siguió las reglas para obtener los servicios o artículos.

Consulte el **Capítulo 7** de esta *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 el pago por el servicio o artículo generalmente dentro de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario a partir de que recibamos su solicitud. Su proveedor le enviará 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 30 días calendario a partir de que recibimos su apelación.

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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 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 60 días calendario.
- 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 de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. 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**. Usaremos 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 esta *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 o
  - eliminemos una restricción de cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener)
- Nos pregunte si un medicamento está cubierto 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 conoce como "**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.

¿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.	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.	Quiere pedirnos que le reembolsemos un medicamento que ya compró y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos una decisión de cobertura.**	**Puede pedirnos que le devolvamos el dinero.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos).
Comience con la **Sección G2**, luego consulte las **Secciones G3 y G4**.	Consulte la **Sección G4**.	Consulte la **Sección G4**.	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 conoce como solicitar una "**excepción a la *Lista de medicamentos***".

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 aprobamos una excepción para cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.
    - No puede obtener una excepción para el monto del copago requerido por 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 esta *Guía para miembros* para obtener más información).
    - Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
        - Estar obligado a usar 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 conoce como "autorización previa".
        - Estar obligado a probar primero un medicamento diferente antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se conoce como "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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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

- Puede solicitar el tipo de decisión de cobertura que necesite comunicándose con nosotros por teléfono al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre), por escrito o por 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 esta *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 tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- También puede enviar una solicitud de decisión de cobertura de manera electrónica al ingresar a nuestro portal para miembros seguro en línea www.medimpact.com. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de la página.

Si su salud lo requiere, pídanos una "decisión de cobertura rápida".

Usamos los "plazos estándar", a menos que aceptemos usar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de 72 horas de que recibimos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta dentro de 24 horas de que recibimos la declaración de su médico.

Una decisión de cobertura rápida se conoce como "**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 usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro proveedor recetante nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, revisaremos su solicitud bajo el plazo de decisión de cobertura rápida. Le enviaremos una carta con esta información.

- 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, usaremos 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 apelar nuestra decisión.
  - Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de 24 horas. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta dentro de 24 horas a partir de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas a partir de que recibimos 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. 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 24 horas a partir de que recibimos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si decimos que **No** a una parte o la totalidad de su solicitud, le enviamos 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 72 horas a partir de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas a partir de que recibimos 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 brindamos la cobertura dentro de 72 horas a partir de que recibimos 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 enviamos 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 14 días calendario a partir de que recibimos su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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 enviaremos un reembolso dentro de 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 indica cómo presentar una apelación.

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 conoce como "**redeterminación**" del plan.

- Puede comenzar su **apelación estándar** o **rápida** comunicándose con nosotros por teléfono al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre), por escrito o por 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 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 no haberla cumplido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Algunas razones válidas pueden ser que estuvo gravemente enfermo o que le dimos información equivocada sobre la fecha plazo. Cuando presente su apelación, explique por qué está presentando su apelación tarde.
- 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 conoce como "**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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- 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.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** a partir de que recibimos su apelación.
  - Le daremos nuestra respuesta antes, si su salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de 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 72 horas a partir de que recibimos 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 siete (7) días calendario** a partir de que recibimos 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 siete (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 siete (7) días calendario** a partir de que recibimos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de 30 días calendario** a partir de que recibimos 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.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de 14 días calendario** a partir de que recibimos su apelación.
    - Si no le comunicamos una decisión dentro de 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 30 días calendario a partir de que recibimos 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, use 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**", y a veces se conoce como "**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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Cuando presenta una apelación ante 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**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
- Tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

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 72 horas** a partir de que reciban 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 24 horas** a partir de que recibimos 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 siete (7) días calendario** de que reciba su apelación por un medicamento que no consiguió.
- **Dentro de 14 días calendario** de que reciba 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 72 horas** a partir de que recibimos la decisión de la IRO.
- Debemos reembolsarle un medicamento que compró **dentro de 30 días calendario** a partir de que recibimos 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 al 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:
  - 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. Cómo pedir que cubramos una hospitalización más larga

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 esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudan a organizar la atención que pueda necesitar después de que salga.

- El día en que sale del hospital se conoce como la “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 salga del hospital demasiado pronto o si le preocupa su atención después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más larga. En esta sección se le indica cómo solicitarla.

H1. Información sobre sus derechos de Medicare

Dentro de los primeros dos días de ser hospitalizado, alguien en el hospital, como el personal de enfermería o un trabajador 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 son hospitalizados.

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.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos sus derechos a:
  - Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. 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 hospitalización.
  - Saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Apelar si cree que le están dando el alta hospitalaria 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 **que** 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 sale del 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). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

H2. Cómo hacer una Apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de Calidad (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.

En California, la QIO es Commence Health. Llámeles 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 permanecer hospitalizado 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 hospitalizado 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.

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 defensa de seguros médicos (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 debe continuar la cobertura después de la fecha de alta planificada. No está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Los revisores analizan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó el hospital y nuestro plan.
- Recibirá otra carta con la fecha de alta planificada al mediodía del día siguiente de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación. La carta también le explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa 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). (Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

La QIO responde a su apelación antes de que transcurra un día completo después de recibir toda la información que necesita.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Brindaremos cobertura para los servicios de hospitalización durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Creen que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios terminará 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 siguiente a la fecha en 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).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** a partir del día en que la QIO **rechazó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solo** si permanece hospitalizado 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 14 días calendario de que reciba su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO le dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria a partir del mediodía del día siguiente de la fecha en que la QIO rechazó su Apelación de Nivel 1.
- Brindaremos cobertura para los servicios de hospitalización durante el tiempo que sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **No** a su apelación:

- Están de acuerdo con la decisión que ellos tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le dan una carta que le indica 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.

I. Cómo 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 (2) días antes de que dejemos de pagar su atención médica. El aviso se llama "Aviso de no cobertura de Medicare" y 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 esta *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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- **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.

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). Los usuarios de la línea TTY pueden 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.

El término legal para la explicación del aviso es "**Explicación detallada de no cobertura**".

- Los revisores le darán su decisión antes de que transcurra un día completo después de recibir 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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.

I3. 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 60 días calendario** a partir del 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 14 días calendario a partir de que recibimos su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO dice que **Sí** a su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura.
- Brindaremos 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 dan una carta que le indica 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de 60 días calendario a partir de que recibimos 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 al 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 60 días calendario a partir de que recibimos 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 al 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 **Sí** o **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

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 adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 brindar la cobertura de medicamentos aprobada dentro de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario a partir de que recibimos 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 al 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 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 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario a partir de que recibimos la decisión.

Si el Consejo dice que **No** a su apelación o deniega la petición de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la 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 al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y qué hacer.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información y decidirá **Sí** o **No**. Esta será la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

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, como problemas sobre 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 que se manejan mediante 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Queja	Ejemplo
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.
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 enviamos 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**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

El término legal para una queja es una "**reclamación**".
El término legal para realizar una queja es "**presentar una reclamación**".

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 60 días calendario** a partir de que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

- Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- 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 responderemos a su queja dentro de 24 horas. Si tiene un problema urgente que implica un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una "queja rápida", y responderemos dentro de 72 horas.

> **El término legal** para queja rápida es "**reclamación acelerada**".

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 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 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario presentar una queja ante CalOptima Health OneCare Complete antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma muy en serio sus quejas y usa 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 atendiendo 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 de 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 a. m. a 5 p. m.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

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 OCR local:

- 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
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De forma electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

También puede tener derechos en virtud de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) 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 su oficina local de Derechos civiles.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)

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 supervisar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de esta *Guía para miembros*.

En California, la QIO se llama Commence Health. El número telefónico de Commence Health es 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

Capítulo 10: Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de darse de baja. Si cancela su membresía en 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 esta *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan 273

B. Cómo cancelar la membresía en nuestro plan 274

C. Cómo obtener por separado los servicios de Medicare y Medi-Cal 275

C1. Sus servicios de Medicare 275

C2. Sus servicios de Medi-Cal 280

D. Cómo obtener sus artículos, servicios médicos y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 280

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 282

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 282

H. Dónde obtener más información sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan 283

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

A. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas inscritas en Medicare solo pueden cancelar su membresía durante ciertas épocas del año. Debido a que usted tiene Medi-Cal, tiene varias opciones para cancelar su membresía en nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta**, 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 enfermería o un hospital de atención a largo plazo.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para darse de baja de nuestro plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. Si se inscribe en otro plan, su nueva cobertura comienza el primer día del próximo mes (en este ejemplo, 1.º de febrero).

Si se da de baja de nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- 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). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

- Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 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 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-430-7077.
- Oficina del Ombudsman de atención administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 esta *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 hacerlo al 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 de Medicare por separado, 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). 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 tabla de la página 276 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 cancelaría 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 su membresía en nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir 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 abierta** 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.

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 los beneficios de 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 o un Programa de atención integral para personas de la tercera edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si califica.** **Aviso:** 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). 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 (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o para obtener más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 membresía en nuestro plan de Medicare 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

2. Puede cambiar a: **Plan Original de Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado, y un plan de Medi-Cal.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o para obtener más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 de Medicare. Se cancelará su membresía en nuestro plan automáticamente cuando comience su cobertura con el Plan Original de Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos de que elija otro plan.

3. Puede cambiar a: **Plan Original de Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado, si tiene un motivo válido para darse de baja.** **AVISO**: Si cambia al Plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos 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 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 Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o para obtener más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 membresía en nuestro plan automáticamente cuando comience su cobertura con el Plan Original de Medicare. Permanecerá inscrito en su plan de Medi-Cal a menos de que elija otro plan.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, que incluye el **período de inscripción abierta 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). 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 (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o para obtener más información: ● Llame al Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 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 membresía en nuestro plan de Medicare automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Podría cambiar su plan de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-430-7077. O, visite www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. 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 alguna pregunta 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 su membresía en 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 y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Use nuestras farmacias de la red, incluso nuestro servicio de farmacia con pedidos por correo para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía en CalOptima Health OneCare Complete, 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 pierde su elegibilidad para Medi-Cal según lo determina el estado de California, CalOptima Health OneCare Complete continuará cubriendo sus beneficios de Medicare y medicamentos recetados durante tres (3) meses a partir de la fecha en que pierde su elegibilidad para Medi-Cal. Si no recupera su elegibilidad después de tres (3) meses, debemos cancelar su membresía.
- 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.
- Si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible.
    - Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos o un no ciudadano elegible para ser miembro de nuestro plan.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notificarán si no es elegible para seguir siendo miembro sobre este motivo.
    - Debemos cancelar su membresía si no cumple con este requisito.

Si pierde su elegibilidad de Medi-Cal, pero se espera que la recupere dentro de tres (3) meses, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. Cuando finalice su cobertura de Medi-Cal, dejaremos de pagar los beneficios de Medi-Cal. El monto que paga por los servicios que cubre Medicare podría aumentar durante este período de tres (3) meses. Si tiene alguna pregunta sobre lo que tendría que tal vez pagar o sobre los servicios cubiertos mientras recupera la elegibilidad para Medi-Cal, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para Medi-Cal. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal mientras sigue inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, volveremos a pagar sus beneficios de Medi-Cal y usted seguirá inscrito en nuestro plan. Si no puede recuperar su elegibilidad para Medi-Cal dentro de tres (3) meses, cancelaremos su membresía en CalOptima Health OneCare Complete. Si recupera su elegibilidad para Medi-Cal después de que se haya cancelado su membresía, deberá comunicarse con nosotros para inscribirse nuevamente en el plan.

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 use 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).

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.

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 esta *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de esta *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Aviso sobre leyes vigentes 285

B. Aviso federal sobre no discriminación 285

C. Aviso de Medi-Cal sobre no discriminación 285

D. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de último recurso 287

E. Aviso sobre el programa de recuperación del patrimonio de Medi-Cal 287

A. Aviso sobre leyes vigentes

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 esta *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 federal sobre no discriminación

No discriminamos con base en su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, 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. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales que prohíben la discriminación. Entre ellas se encuentran: el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica a Bajo Precio, así como todas las demás leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra disposición legal o reglamento que corresponda.

Si desea obtener 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.

C. Aviso de Medi-Cal sobre no discriminación

No discriminamos ni tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, 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 tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o un trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica, 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**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
    - Por escrito:

      Attn: Grievance and Appeals Resolution Services
      Discrimination Coordinator
      505 City Parkway West
      Orange, CA 92868
    - Sitio web: **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 de Atención Médica 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

D. 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.

Los miembros de Medi-Cal deben utilizar primero cualquier otra cobertura de salud (other health coverage, OHC) antes de usar Medi-Cal, siempre que el mismo servicio esté incluido en esa cobertura. Esto se debe a que Medi-Cal es considerado el pagador de último recurso. Esto significa que, en la mayoría de los casos, Medi-Cal pagará en segundo lugar después de Medicare o de otra OHC, cubriendo los costos permitidos que no hayan sido pagados por nuestro plan u otra OHC, hasta llegar a la tarifa establecida por Medi-Cal.

E. Aviso sobre el programa de recuperación del patrimonio de Medi Cal

El programa de Medi-Cal debe solicitar el reembolso de los beneficios de Medi-Cal recibidos a partir de los 55 años de patrimonios sucesorios o testamentarios de ciertos miembros que han fallecido. El reembolso incluye los pagos 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 exceder el valor del patrimonio sucesorio o testamentario de un miembro.

Para obtener más información, visite el sitio web de recuperación del patrimonio 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 Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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 que se usan en esta *Guía para miembros* con sus definiciones. Los términos aparecen por orden alfabético. Si no puede encontrar un término que busca o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

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 programa de la Parte D de Medicare para personas con necesidades de salud más complejas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, incluye una revisión de sus medicamentos con un farmacéutico o proveedor de atención médica. Consulte el **Capítulo 5** de esta *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 esta *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 capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica, de salud mental o 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 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 se ha certificado médicamente a una persona como enferma en estado terminal, lo cual implica una esperanza de seis (6) meses o menos de vida.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir atención para enfermos desahuciados.
- Un equipo especialmente capacitado 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.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 esta *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 de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda adicional también se conoce como "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").

Biosimilar intercambiable: Un medicamento biosimilar que la farmacia puede entregar en lugar del recetado, sin necesidad de una nueva receta, porque cumple con requisitos adicionales para permitir su sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de inscripción: El proceso de finalizar de su membresía en nuestro plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no es su decisión).



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que les 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 o establecimiento 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.

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 integral 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 evaluaciones de factores ambientales en el 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. El Capítulo 2 de esta Guía para miembros explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobro del saldo restante: Práctica en la que un proveedor cobra al paciente la diferencia entre el monto total facturado por el proveedor y la cantidad pagada por el plan de salud del paciente.

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 trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Cuidado urgente necesario: 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, por cuestión de 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 de nuestro plan y necesita servicios médicos inmediatos por una afección que no ha sido tratada, pero que no es una emergencia médica).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 o planes de salud afiliados 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. El **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* 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 conocen como "decisiones de cobertura". El **Capítulo 9** de esta *Guía para miembros* explica 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 médica 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 bebé por nacer). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de atención médica: Consulte "Equipo de atención interdisciplinaria".

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 propio hogar. 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.

Especialista: Un médico que atiende un problema de salud específico. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos fracturados; un alergólogo trata alergias; y un cardiólogo atiende problemas del corazón. En la mayoría de los casos, el miembro necesitará la referencia de su médico general para poder ver a un especialista.



Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 de 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.

Como cubrimos el costo completo de sus servicios, usted **no** tiene que pagar 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 esta *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 documento adjunto o anexo, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

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.

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Juez de derecho administrativo: Un juez de derecho administrativo (ALJ) es un juez que escucha y resuelve casos relacionados con agencias del gobierno. Es el juez que revisa 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 conoce como "formulario".

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal está bajo la administración del estado, y lo paga el gobierno estatal y federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por 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.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa dirigido por el gobierno estatal y federal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por los servicios y apoyo a largo plazo y los costos médicos. Medi-Cal es el programa Medicaid para el estado de California.

Médicamente 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 a un hospital o centro de enfermería. 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 y, normalmente, no están disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

? **Si tiene alguna pregunta**, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) 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: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

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 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 médico 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 médica 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.

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 elegibilidad".

Ombudsperson (defensor público): Una oficina en su estado que funciona como su defensor. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer. Los servicios del Ombudsperson son gratuitos. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de esta *Guía para miembros*.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 esta *Guía para miembros* para obtener información sobre la QIO.

Paciente hospitalizado: Un término que se usa cuando ingresa formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no ingresa formalmente, aún puede ser considerado un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Parte A: Consulte la "Parte A de Medicare".

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención necesaria por motivos médicos que es brindada en hospitales, centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y para enfermos desahuciados.

Parte B: Consulte la "Parte B 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 por motivos médicos para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte la "Parte C 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 D: Consulte la "Parte D de Medicare".

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Este programa se conoce como "Parte D de Medicare" para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Parte del costo: La cantidad mensual que usted paga por sus gastos de atención médica antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su parte del costo depende de sus ingresos y recursos.

Plan de atención: Consulte "Plan de atención personalizado".

Plan de atención personalizado (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 mental y del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para 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 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 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 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. (Consulte también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

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 conoce como 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 con frecuencia de manera indebida.

Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP): Un programa que brinda información y asesoramiento gratuito y objetivo sobre Medicare. El **Capítulo 2** de esta *Guía para miembros* explica cómo comunicarse con HICAP.

Programa de atención médica integral para personas de la tercera edad (Program of 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 tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Programa de pedidos por correo: Algunos planes ofrecen un programa de pedidos por correo que le permite recibir un suministro para hasta tres meses de sus medicamentos recetados cubiertos, enviados directamente a su hogar. Es una manera práctica y de bajo costo de surtir las recetas de medicamentos que toma de manera regular.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa de servicios de apoyo en el hogar (IHSS): El programa de IHSS ayudará a pagar a los proveedores médicos inscritos por los servicios que le brindan para que pueda permanecer de manera segura en su hogar. IHSS es una alternativa a la atención fuera del hogar, como centros de enfermería o residencias y hogares de atención. Antes de recibir servicios, se hace una evaluación para decidir qué tipo de servicios se autorizan, según las necesidades de cada participante. Los tipos de servicios que se autorizan a través de IHSS incluyen limpieza del hogar, preparación de comidas, lavandería, compras de alimentos, servicios de cuidado personal (como el cuidado intestinal y vesical, baño, aseo y servicios de paramédicos), acompañamiento a citas médicas y supervisión protectora para personas con discapacidad mental. La agencia de servicios sociales del condado administra el programa de IHSS.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **www.caloptima.org/OneCare**.

Prótesis y aparatos ortopédicos: 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 esta *Guía para miembros* para obtener información sobre cómo obtener atención de los médicos generales.

Proveedor de la red: Son los proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan el pago de nuestro plan como pago total por los servicios cubiertos. Hemos establecido acuerdos con ellos para que le brinden servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando recibe atención de un proveedor de la red, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos. "Proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, personal de enfermería, y otras personas que le brindan atención y servicios. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares donde recibe servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

Proveedores: Son médicos, personal de enfermería y otros profesionales autorizados por el estado que le brindan atención y servicios. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares donde recibe servicios de atención médica, servicios de salud mental y del comportamiento, equipo médico y determinados servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, ni le pertenece, ni está operado por nuestro plan y que no está bajo contrato para brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de esta *Guía para miembros* explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita o verbal en la que indica que tiene un problema o inquietud sobre la atención médica y los servicios 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 de nuestro 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 esta *Guía para miembros*.

Salud del comportamiento: Se refiere a nuestro bienestar emocional, psicológico y social. En términos más sencillos: es cómo pensamos, sentimos y nos relacionamos con los demás. Es un término amplio que incluye los servicios de la salud mental y para 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 tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

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 de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Estos servicios incluyen rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para adultos 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 y 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 sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de esta *Guía para miembros* para obtener más información sobre Servicios para Miembros.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento sea más efectivo. (Ejemplo: pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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 o a un hospital. Los LTSS cubiertos por nuestro plan incluyen servicios para adultos en la comunidad (CBAS), también conocido como cuidado diurno para adultos, centros de enfermería (NF) y apoyos comunitarios. Los programas IHSS y exención 1915 (c) son servicios a 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.

Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete

LLAME	**1-877-412-2734** Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	**1-714-246-8711**
ESCRIBA	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
SITIO WEB	**www.caloptima.org/OneCare**

Declaración de divulgación conforme a la Ley para la Reducción de Trámites (PRA)

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). 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**.

PRI-030-496 S (09/26)