
OneCare – HMO Summary of Benefits 2010

For English, see page 3

Resumen de Beneficios de OneCare - HMO para el 2010

Para español, vea la página 35

Bản Tóm Lược Phúc Lợi của OneCare – HMO Trong Năm 2010

Bản Tiếng Việt Xem Trang 71

OneCare – HMO Summary of Benefits 2010

This Summary of Benefits tells you some features of our plan. It doesn't list every service we cover or list every limitation or exclusion. To get a complete list of our benefits, please call OneCare - HMO and ask for the "Evidence of Coverage."

Thank you for your interest in OneCare - HMO. Our plan is offered by ORANGE COUNTY HEALTH AUTHORITY/OneCare, a Medicare Advantage Health Maintenance Organization (HMO) Special Needs Plan. This plan is designed for people who meet specific enrollment criteria.

You may be eligible to join this plan if you receive assistance from the state and Medicare.

All cost sharing in this summary of benefits is based on your level of Medicaid eligibility.

Please call OneCare - HMO to find out if you are eligible to join. Our number is listed at the end of this introduction.

You Have Choices in Your Health Care

As a Medicare beneficiary, you can choose from different Medicare options. One option is the Original (fee-for-service) Medicare Plan. Another option is a Medicare health plan, like OneCare - HMO. You may have other options too. You make the choice. No matter what you decide, you are still in the Medicare Program.

If you are eligible for both Medicare and Medicaid (dual eligible) you may join or leave a plan at any time.

Please call OneCare - HMO at the number listed at the end of this introduction or 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) for more information. TTY/TDD users should call 1-877-486-2048. You can call this number 24 hours a day, 7 days a week.

How Can I Compare My Options?

You can compare OneCare - HMO and the Original Medicare Plan using this Summary of Benefits. The charts in this booklet list some important health benefits. For each benefit, you can see what our plan covers and what the Original Medicare Plan covers.

Our members receive all of the benefits that the Original Medicare Plan offers. We also offer more benefits, which may change from year to year.

Where Is OneCare - HMO Available?

The service area for this plan includes: Orange County, CA. You must live in this area to join the plan.

Who Is Eligible To Join OneCare - HMO?

You can join OneCare - HMO if you are entitled to Medicare Part A and enrolled in Medicare Part B and live in the service area. However, individuals with End Stage Renal Disease generally

are not eligible to enroll in OneCare - HMO unless they are members of our organization and have been since their dialysis began.

You must also be enrolled in Medi-Cal to join this plan.

Please call plan to see if you are eligible to join.

Can I Choose My Doctors?

OneCare - HMO has formed a network of doctors, specialists, and hospitals. You can only use doctors who are part of our network. The health providers in our network can change at any time. You can ask for a current Provider Directory or for an up-to-date list visit us at www.caloptima.org. Our customer service number is listed at the end of this introduction.

What Happens If I Go To A Doctor Who's Not In Your Network?

If you choose to go to a doctor outside of our network, you must pay for these services yourself. Neither OneCare - HMO nor the Original Medicare Plan will pay for these services.

Does My Plan Cover Medicare Part B Or Part D Drugs?

OneCare - HMO does cover both Medicare Part B prescription drugs and Medicare Part D prescription drugs.

Where Can I Get My Prescriptions If I Join This Plan?

OneCare - HMO has formed a network of pharmacies. You must use a network pharmacy to receive plan benefits. We may not pay for your prescriptions if you use an out-of-network pharmacy, except in certain cases. The pharmacies in our network can change at any time. You can ask for a pharmacy directory or visit us at <http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>. Our customer service number is listed at the end of this introduction.

What Is A Prescription Drug Formulary?

OneCare - HMO uses a formulary. A formulary is a list of drugs covered by your plan to meet patient needs. We may periodically add, remove, or make changes to coverage limitations on certain drugs or change how much you pay for a drug. If we make any formulary change that limits our members' ability to fill their prescriptions, we will notify the affected enrollees before the change is made. We will send a formulary to you and you can see our complete formulary on our Web site at <http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>.

If you are currently taking a drug that is not on our formulary or subject to additional requirements or limits, you may be able to get a temporary supply of the drug. You can contact us to request an exception or switch to an alternative drug listed on our formulary with your

physician's help. Call us to see if you can get a temporary supply of the drug or for more details about our drug transition policy.

How Can I Get Extra Help With My Prescription Drug Plan Costs?

You may be able to get extra help to pay for your prescription drug premiums and costs. To see if you qualify for getting extra help, call:

- The Social Security Administration at 1-800-772-1213 between 7 a.m. and 7 p.m., Monday through Friday. TTY/TDD users should call 1-800-325-0778; or
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY/TDD users should call 1-877-486-2048, 24 hours a day/7 days a week;
- CalOptima Customer Service Department at 1-714-246-8500, or toll free at 1-888-587-8088, Monday through Friday, from 8 a.m. to 5:30 p.m. TDD users should call 1-714-246-8523.

What Are My Protections in this Plan?

All Medicare Advantage Plans agree to stay in the program for a full year at a time. Each year, the plans decide whether to continue for another year. Even if a Medicare Advantage Plan leaves the program, you will not lose Medicare coverage. If a plan decides not to continue, it must send you a letter at least 60 days before your coverage will end. The letter will explain your options for Medicare coverage in your area.

As a member of OneCare - HMO, you have the right to request an organization determination, which includes the right to file an appeal if we deny coverage for an item or service, and the right to file a grievance. You have the right to request an organization determination if you want us to provide or pay for an item or service that you believe should be covered. If we deny coverage for your requested item or service, you have the right to appeal and ask us to review our decision. You may ask us for an expedited (fast) coverage determination or appeal if you believe that waiting for a decision could seriously put your life or health at risk, or affect your ability to regain maximum function. If your doctor makes or supports the expedited request, we must expedite our decision. Finally, you have the right to file a grievance with us if you have any type of problem with us or one of our network providers that does not involve coverage for an item or service. If your problem involves quality of care, you also have the right to file a grievance with the Quality Improvement Organization (QIO) for your state, Health Services Advisory Group, Inc. (HSAG), at 1-800-841-1602. TTY users call 1-800-881-5980.

As a member of OneCare - HMO, you have the right to request a coverage determination, which includes the right to request an exception, the right to file an appeal if we deny coverage for a prescription drug, and the right to file a grievance. You have the right to request a coverage determination if you want us to cover a Part D drug that you believe should be covered. An exception is a type of coverage determination. You may ask us for an exception if you believe

you need a drug that is not on our list of covered drugs or believe you should get a non-preferred drug at a lower out-of-pocket cost. You can also ask for an exception to cost utilization rules, such as a limit on the quantity of a drug. If you think you need an exception, you should contact us before you try to fill your prescription at a pharmacy. Your doctor must provide a statement to support your exception request. If we deny coverage for your prescription drug(s), you have the right to appeal and ask us to review our decision. Finally, you have the right to file a grievance if you have any type of problem with us or one of our network pharmacies that does not involve coverage for a prescription drug. If your problem involves quality of care, you also have the right to file a grievance with the Quality Improvement Organization (QIO) for your state, Health Services Advisory Group, Inc. (HSAG), at 1-800-841-1602. TTY users call 1-800-881-5980.

What is a Medication Therapy Management (MTM) Program?

A Medication Therapy Management (MTM) Program is a free service we may offer. You may be invited to participate in a program designed for your specific health and pharmacy needs. You may decide not to participate but it is recommended that you take full advantage of this covered service if you are selected. Contact OneCare - HMO for more details.

What Types of Drugs may be Covered Under Medicare Part B?

Some outpatient prescription drugs may be covered under Medicare Part B. These may include, but are not limited to, the following types of drugs. Contact OneCare - HMO for more details.

- Some Antigens: If they are prepared by a doctor and administered by a properly instructed person (who could be the patient) under doctor supervision.
- Osteoporosis Drugs: Injectable drugs for osteoporosis for certain women with Medicare.
- Erythropoietin (Epoetin Alfa or Epogen®): By injection if you have end-stage renal disease (permanent kidney failure requiring either dialysis or transplantation) and need this drug to treat anemia.
- Hemophilia Clotting Factors: Self-administered clotting factors if you have hemophilia.
- Injectable Drugs: Most injectable drugs administered incident to a physician's service.
- Immunosuppressive Drugs: Immunosuppressive drug therapy for transplant patients if the transplant was paid for by Medicare, or paid by a private insurance that paid as a primary payer to your Medicare Part A coverage, in a Medicare-certified facility.
- Some Oral Cancer Drugs: If the same drug is available in injectable form.
- Oral Anti-Nausea Drugs: If you are part of an anti-cancer chemotherapeutic regimen.
- Inhalation and Infusion Drugs provided through DME.

Plan Rating

The Medicare program rates how well plans perform in different categories (for example, detecting and preventing illness, ratings from patients and customer service). If you have access to the web, you may use the web tools on www.medicare.gov and select “Compare Medicare Prescription Drug Plans” or “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” to compare the plan ratings for Medicare plans in your area. You can also call us directly at (877)-412-2734 to obtain a copy of the plan ratings for this plan. TTY users call (800)-735-2929.

Please call OneCare for more information about OneCare - HMO

Visit us at www.caloptima.org or, call us:

Customer Service Hours: Sunday, Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday, Friday, Saturday,
Open 24 Hours Pacific

Current and Prospective members should call toll-free (877)-412-2734 for questions related to the Medicare Advantage Program. (TTY/TDD (800)-735-2929).

Current and Prospective members should call locally (877)-412-2734 for questions related to the Medicare Advantage Program. (TTY/TDD (714)-246-8496).

Current and Prospective members should call toll-free (877)-412-2734 for questions related to the Medicare Part D Prescription Drug program. (TTY/TDD (800)-735-2929)

Current and Prospective members should call locally (877)-412-2734 for questions related to the Medicare Part D Prescription Drug program. (TTY/TDD (714)-246-8496)

For more information about Medicare, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048. You can call 24 hours a day, 7 days a week. Or, visit www.medicare.gov on the web.

If you have special needs, this document may be available in other formats.

Section II: Summary of Benefits

If you have any questions about this plan's benefits or costs, please contact OneCare for details.

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
IMPORTANT INFORMATION		
<p>1. Premium and Other Important Information</p>	<p>In 2009 the monthly Part B Premium is \$0 and the yearly Part B deductible amount is \$0.</p> <p>If a doctor or supplier does not accept assignment, their costs are often higher, which means you pay more.</p> <p>These amounts will change for 2010.</p>	<p>General \$28.90 monthly plan premium*</p> <p>*All cost sharing in this summary of benefits is based on your level of Medicaid eligibility.</p>
<p>2. Doctor and Hospital Choice</p> <p>(For more information, see Emergency - #15 and Urgently Needed Care - #16.)</p>	<p>You may go to any doctor, specialist or hospital that accepts Medicare.</p>	<p>In-Network You must go to network doctors, specialists, and hospitals.</p> <p>Referral required for network hospitals and specialists (for certain benefits).</p>
INPATIENT CARE		
<p>3. Inpatient Hospital Care</p> <p>(Includes Substance Abuse and Rehabilitation Services)</p>	<p>For each benefit period: Days 1 - 60: \$0 deductible* Days 61 - 90: \$0 per day* Days 91 - 150: \$0 per lifetime reserve day*</p> <p>Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) for information about lifetime</p>	<p>In-Network \$0 yearly deductible* \$0 copay*</p> <p>Plan covers 90 days each benefit period.</p> <p>Except in an emergency, your doctor must tell the plan that</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
	<p>reserve days.</p> <p>Lifetime reserve days can only be used once.</p> <p>A "benefit period" starts the day you go into a hospital or skilled nursing facility. It ends when you go for 60 days in a row without hospital or skilled nursing care. If you go into the hospital after one benefit period has ended, a new benefit period begins. There is no limit to the number of benefit periods you can have.</p>	<p>you are going to be admitted to the hospital.</p>
<p>4. Inpatient Mental Health Care</p>	<p>Same deductible and copay as inpatient hospital care (see "Inpatient Hospital Care" above).</p> <p>190 day lifetime limit in a Psychiatric Hospital.</p>	<p>In-Network \$0 yearly deductible* \$0 copay*</p> <p>You get up to 190 days in a Psychiatric Hospital in a lifetime.</p> <p>Except in an emergency, your doctor must tell the plan that you are going to be admitted to the hospital.</p>
<p>5. Skilled Nursing Facility (In a Medicare-certified skilled nursing facility)</p>	<p>In 2010 the amounts for each benefit period after at least a 3-day covered hospital stay are:</p> <p>Days 1 - 20: \$0 per day* Days 21 - 100: \$0 per day*</p> <p>100 days for each benefit period.</p> <p>A "benefit period" starts the day you go into a hospital or</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 yearly deductible* \$0 copay for SNF services*</p> <p>Plan covers up to 100 days each benefit period</p> <p>No prior hospital stay is</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
	SNF. It ends when you go for 60 days in a row without hospital or skilled nursing care. If you go into the hospital after one benefit period has ended, a new benefit period begins. There is no limit to the number of benefit periods you can have.	required.
6. Home Health Care (Includes medically necessary intermittent skilled nursing care, home health aide services, and rehabilitation services, etc.)	\$0 copay.	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered home health visits.*</p>
7. Hospice	<p>You pay part of the cost for outpatient drugs.</p> <p>You must get care from a Medicare-certified hospice.</p>	<p>General You must get care from a Medicare-certified hospice.</p>
OUTPATIENT CARE		
8. Doctor Office Visits	0% coinsurance	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for each primary care doctor visit for Medicare-covered benefits*</p> <p>\$0 copay for the cost of each in-area, network urgent care Medicare-covered visit*</p> <p>\$0 copay for each specialist doctor visit for Medicare-covered benefits.*</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
9. Chiropractic Services	<p>Routine care not covered.</p> <p>0% coinsurance for manual manipulation of the spine to correct subluxation (a displacement or misalignment of a joint or body part) if you get it from a chiropractor or other qualified providers.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered visits.*</p> <p>Medicare-covered chiropractic visits are for manual manipulation of the spine to correct subluxation (a displacement or misalignment of a joint or body part) if you get it from a chiropractor or other qualified providers.</p>
10. Podiatry Services	<p>Routine care not covered.</p> <p>0% coinsurance for medically necessary foot care, including care for medical conditions affecting the lower limbs.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered podiatry benefits.*</p> <p>0% of the cost for up to 12 routine visit(s) every year</p> <p>Medicare-covered podiatry benefits are for medically-necessary foot care.</p>
11. Outpatient Mental Health Care	<p>0% coinsurance for most outpatient mental health services.</p>	<p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered Mental Health visits.*</p> <p>\$0 copay for each Medicare-covered visit with a psychiatrist.*</p>
12. Outpatient Substance Abuse Care	<p>0% coinsurance</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered visits.*</p>
<p>13. Outpatient Services/Surgery</p>	<p>0% coinsurance for the doctor</p> <p>0% of outpatient facility charges</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for each Medicare-covered ambulatory surgical center visit.*</p> <p>\$0 copay for each Medicare-covered outpatient hospital facility visit.*</p>
<p>14. Ambulance Services (medically necessary ambulance services)</p>	<p>0% coinsurance</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered ambulance benefits.*</p>
<p>15. Emergency Care (You may go to any emergency room if you reasonably believe you need emergency care.)</p>	<p>0% coinsurance for the doctor</p> <p>0% of facility charge or 0% per emergency room visit.</p> <p>You don't have to pay the emergency room copay if you are admitted to the hospital for the same condition within 3 days of the emergency room visit.</p> <p>NOT covered outside the U.S. except under limited circumstances.</p>	<p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered emergency room visits.*</p> <p>\$5,000 limit for emergency services outside the U.S. every year.</p> <p>If you are admitted to the hospital within 3-day(s) for the same condition, you pay \$0 for the emergency room visit.</p>
<p>16. Urgently Needed Care (This is NOT emergency care, and in most cases, is</p>	<p>0% coinsurance</p> <p>NOT covered outside the U.S. except under limited</p>	<p>General \$0 copay for Medicare-covered urgent-care visits.*</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
out of the service area.)	circumstances.	
<p>17. Outpatient Rehabilitation Services</p> <p>(Occupational Therapy, Physical Therapy, Speech and Language Therapy)</p>	<p>0% coinsurance</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered Occupational Therapy visits.*</p> <p>\$0 copay for Medicare-covered Physical and/or Speech/Language Therapy visits.*</p>
OUTPATIENT MEDICAL SERVICES AND SUPPLIES		
<p>18. Durable Medical Equipment</p> <p>(Includes wheelchairs, oxygen, etc.)</p>	<p>0% coinsurance</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered items.*</p>
<p>19. Prosthetic Devices</p> <p>(Includes braces, artificial limbs and eyes, etc.)</p>	<p>0% coinsurance</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered items.*</p>
<p>20. Diabetes Self-Monitoring Training, Nutrition Therapy, and Supplies</p> <p>(includes coverage for glucose monitors, test strips, lancets, screening tests, and self-management training)</p>	<p>0% coinsurance</p> <p>Nutrition therapy is for people who have diabetes or kidney disease (but aren't on dialysis or haven't had a kidney transplant) when referred by a doctor. These services can be given by a registered dietitian or include nutritional assessment and</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Diabetes self-monitoring training.*</p> <p>\$0 copay for Nutrition Therapy for Diabetes.*</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
	counseling to help you manage your diabetes or kidney disease.	\$0 copay for Diabetes supplies.*
21. Diagnostic Tests, X-Rays, Lab Services, and Radiology Services	<p>0% coinsurance for diagnostic tests and x-rays</p> <p>\$0 copay for Medicare-covered lab services</p> <p>Lab Services: Medicare covers medically necessary diagnostic lab services that are ordered by your treating doctor when they are provided by a Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) certified laboratory that participates in Medicare. Diagnostic lab services are done to help your doctor diagnose or rule out a suspected illness or condition. Medicare does not cover most routine screening tests, like checking your cholesterol.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lab services* ▪ diagnostic procedures and tests* ▪ X-rays* ▪ diagnostic radiology services (not including X-rays)* ▪ therapeutic radiology services*
PREVENTIVE SERVICES		
22. Bone Mass Measurement (for people with Medicare who are at risk)	<p>0% coinsurance</p> <p>Covered once every 24 months (more often if medically necessary) if you meet certain medical conditions.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered bone mass measurement*</p>
23. Colorectal Screening Exams	0% coinsurance	General Authorization rules may

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
(for people with Medicare age 50 and older)	Covered when you are high risk or when you are age 50 and older.	apply. In-Network \$0 copay for Medicare-covered colorectal screenings.*
24. Immunizations (Flu vaccine, Hepatitis B vaccine - for people with Medicare who are at risk, Pneumonia vaccine)	\$0 copay for Flu and Pneumonia vaccines 0% coinsurance for Hepatitis B vaccine You may only need the Pneumonia vaccine once in your lifetime. Call your doctor for more information.	General Authorization rules may apply. In-Network \$0 copay for Flu and Pneumonia vaccines. \$0 copay for Hepatitis B vaccine.* No referral needed for Flu and pneumonia vaccines.
25. Mammograms (Annual Screening) (for women with Medicare age 40 and older)	0% coinsurance No referral needed. Covered once a year for all women with Medicare age 40 and older. One baseline mammogram covered for women with Medicare between age 35 and 39.	In-Network \$0 copay for Medicare-covered screening mammograms.*
26. Pap Smears and Pelvic Exams (for women with Medicare)	\$0 copay for Pap smears Covered once every 2 years. Covered once a year for women with Medicare at high risk. 0% coinsurance for Pelvic Exams	General Authorization rules may apply. In-Network \$0 copay for Medicare-covered pap smears and pelvic exams.*
27. Prostate Cancer Screening Exams	0% coinsurance for the digital rectal exam.	General Authorization rules may apply.

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
(for men with Medicare age 50 and older)	<p>\$0 for the PSA test; 0% coinsurance for other related services.</p> <p>Covered once a year for all men with Medicare over age 50.</p>	<p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered prostate cancer screening.*</p>
28. End-Stage Renal Disease	<p>0% coinsurance for renal dialysis</p> <p>0% coinsurance for Nutrition Therapy for End-Stage Renal Disease</p> <p>Nutrition therapy is for people who have diabetes or kidney disease (but aren't on dialysis or haven't had a kidney transplant) when referred by a doctor. These services can be given by a registered dietitian or include a nutritional assessment and counseling to help you manage your diabetes or kidney disease.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay renal dialysis*</p> <p>\$0 copay for Nutrition Therapy for End-Stage Renal Disease*</p>
29. Prescription Drugs	<p>Most drugs are not covered under Original Medicare. You can add prescription drug coverage to Original Medicare by joining a Medicare Prescription Drug Plan, or you can get all your Medicare coverage, including prescription drug coverage, by joining a Medicare Advantage Plan or a Medicare Cost Plan that offers prescription drug coverage.</p>	<p>Drugs covered under Medicare Part B</p> <p>General \$0 yearly deductible for Part B-covered drugs.*</p> <p>Drugs Covered under Medicare Part D</p> <p>General This plan uses a formulary. The plan will send you the formulary. You can also see the formulary at http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy on the web.</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>Different out-of-pocket costs may apply for people who</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ have limited incomes ▪ live in long term care facilities, or ▪ have access to Indian/Tribal/Urban (Indian Health Service). <p>The plan offers national in-network prescription coverage (i.e., this would include 50 states and DC). This means that you will pay the same cost-sharing amount for your prescription drugs if you get them at an in-network pharmacy outside of the plan's service area (for instance when you travel).</p> <p>Total yearly drug costs are the total drug costs paid by you, the plan, and Medicare.</p> <p>The plan may require you to first try one drug to treat your condition before it will cover another drug for that condition.</p> <p>Some drugs have quantity limits.</p> <p>Your provider must get prior authorization from OneCare – HMO for certain drugs.</p> <p>You must go to certain pharmacies for a very limited number of drugs, due to special handling, provider coordination, or patient education requirements for</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>these drugs that cannot be met by most pharmacies in your network. These drugs are listed on the plan's website, formulary, and printed materials, as well as on the Medicare Prescription Drug Plan Finder on Medicare.gov.</p> <p>If the actual cost of a drug is less than the normal cost-sharing amount for that drug, you will pay the actual cost, not the higher cost-sharing amount.</p> <p>If you request a formulary exception for a drug and OneCare – HMO approves the exception, you will pay Tier 1 or Tier 2 cost-sharing for that drug.</p> <p>In-Network You pay a \$0 yearly deductible.</p> <p>Initial Coverage Depending on your income and institutional status, you pay the following: For generic drugs (including brand drugs treated as generic):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copay <p>For all other drugs, either:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copay; or • \$3.30 copay; or • \$6.30 copay <p>Catastrophic Coverage After your yearly out-of-pocket drug costs reach</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>\$4,550, you pay a \$0 copay.</p> <p>Out-of-Network Plan drugs may be covered in special circumstances, for instance, illness while traveling outside of the plan's service area where there is no network pharmacy. You may have to pay more than your normal cost-sharing amount if you get your drugs at an out-of-network pharmacy. In addition, you will likely have to pay the pharmacy's full charge for the drug and submit documentation to receive reimbursement from OneCare – HMO.</p> <p>Out-of-Network Initial Coverage Depending on your income and institutional status, you pay the following: For generic drugs (including brand drugs treated as generic):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copay <p>For all other drugs, either:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copay; or • \$3.30 copay; or • \$6.30 copay <p>Out-of-Network Catastrophic Coverage After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$4,550, you will be reimbursed in full for drugs purchased out-of-network.</p>
30. Dental Services	Preventive dental services (such as cleaning) not covered.	<p>General Authorization rules may apply.</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>In-Network \$0 copay for Medicare-covered dental benefits.*</p> <p>\$0 copay for the following preventive dental benefits:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ up to 2 oral exam(s) every year ▪ up to 2 cleaning(s) every year ▪ up to 2 fluoride treatment(s) every year ▪ up to 1 dental x-ray(s) every year <p>Plan offers additional comprehensive dental benefits.</p>
31. Hearing Services	<p>Routine hearing exams and hearing aids not covered.</p> <p>0% coinsurance for diagnostic hearing exams.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network In general, routine hearing exams and hearing aids not covered.</p> <p>\$0 copay for Medicare-covered diagnostic hearing exams*</p>
32. Vision Services	<p>0% coinsurance for diagnosis and treatment of diseases and conditions of the eye.</p> <p>Routine eye exams and glasses not covered.</p> <p>Medicare pays for one pair of eyeglasses or contact lenses after cataract surgery.</p> <p>Annual glaucoma screenings covered for people at risk.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network \$0 copay for diagnosis and treatment for diseases and conditions of the eye*</p> <p>\$0 copay for one pair of eyeglasses or contact lenses after cataract surgery *</p> <p>0% of the cost for up to 1</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		<p>routine eye exam(s) every year</p> <p>0% of the cost for up to 1 pair of glasses every two years -OR- 0% of the cost for up to 1 pair of contacts every two years</p> <p>\$100 limit for eye wear every two years.</p>
33. Physical Exams	<p>0% coinsurance for one exam within the first 12 months of your new Medicare Part B coverage</p> <p>When you get Medicare Part B, you can get a one time physical exam within the first 12 months of your new Part B coverage. The coverage does not include lab tests.</p>	<p>In-Network When you get Medicare Part B, you can get a one-time physical within the first 12 months of your new Part B coverage. The coverage does not include lab tests.</p> <p>Routine exams not covered.</p> <p>\$0 copay for Medicare-covered benefits*</p>
Health/Wellness Education	<p>Smoking Cessation: Covered if ordered by your doctor. Includes two counseling attempts within a 12-month period if you are diagnosed with a smoking-related illness or are taking medicine that may be affected by tobacco. Each counseling attempt includes up to four face-to-face visits. You pay coinsurance, and Part B deductible applies.</p>	<p>General Authorization rules may apply.</p> <p>In-Network This plan covers the following health/wellness education benefits:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Written health education materials, including Newsletters ▪ Nutritional Training ▪ Additional Smoking Cessation ▪ Other Wellness Benefits <p>\$0 copay for each Medicare-covered smoking cessation counseling</p>

Benefit Category	Original Medicare	OneCare
		session.*
Transportation (Routine)	Not covered.	<p>General Authorization rules may apply</p> <p>In-Network \$0 copay for up to 50 one-way trip(s) to plan-approved location every year.</p>
Acupuncture	Not covered.	<p>In-Network This plan does not cover Acupuncture.</p>

Section III: Important Plan Information

Our Mission

Since 1995, the mission of CalOptima has been to “provide members with access to quality health care services delivered in a cost effective and compassionate manner.” With the development of OneCare, we can extend these services to both Medicare and Medi-Cal eligible beneficiaries throughout all of Orange County.

OneCare - HMO was designed with your needs in mind. We offer a variety of benefits such as inpatient hospital care, prescription coverage, and vision care-all for no plan premium and little or no copayments.

Your OneCare – HMO Partner

Personalized service is what you can expect from your “OneCare – HMO Partner.” Your OneCare – HMO Partner is a dedicated representative you can contact to ask general questions, to change your Primary Care Physician or to provide any other assistance you may need. Your OneCare – HMO Partner is your partner in health!

What coverage do I have if I have a Share of Cost (SOC) or qualify as a Qualified Medicare Beneficiary (QMB), a Specified Low-Income Beneficiary (SLMB) or a Qualifying Individual (QI-1)?

If you have Medi-Cal with a Share of Cost (SOC), you have to pay a certain amount each month for your medical expenses before you are covered by Medi-Cal. You will not be covered for Medi-Cal services unless you are eligible for Medi-Cal by meeting your SOC for the month. You are still eligible for Medicare benefits under OneCare – HMO. If you met your SOC in July 2009 or later, you will be eligible for prescription drugs with a \$0 copayment for generic drugs for all of 2010. For brand-name drugs, you will pay \$0 copayment until your total yearly drug costs reach \$2,000. After your total yearly drug costs reach \$2,000, a copayment of up to \$6.30 may apply depending on your income. If you meet your SOC in 2010, you will be eligible for the \$0 generic and brand drugs the month after the month in which you met your SOC for the remainder of the calendar year. Once your total yearly drug costs reach \$2,000, a copayment of up to \$6.30 may apply for brand-name drugs for the remainder of the calendar year. Receipt of Medi-Cal only services, such as incontinence supplies, is a month-by-month determination depending on whether you have met your SOC in that month.

If you qualify as a QMB, SLMB, or QI, but do not qualify for full Medi-Cal benefits, you will not be eligible to enroll in OneCare.

If you have any questions about this plan’s benefits or costs, please contact Member Services, toll free, at 1-877-412-2734 for current and prospective members. You may call this number 24 hours a day, 7 days a week. TTY/TDD users should call 1-714-246-8496.

Additional Information Regarding OneCare Benefits:

OneCare offers superior benefits, some of which are explained in more detail below:

All OneCare members receive the following benefits:

Benefit	Detail
Physical Exams	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for each annual checkup or medically necessary physical exam.
Part B Premium	<ul style="list-style-type: none"> Paid by the State – not your responsibility to pay.
Inpatient Hospital Care	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for coverage while an inpatient in the hospital as long as your stay is medically necessary and authorized by OneCare or your medical group.
Doctor Office Visits	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for each visit to your Primary Care Physician (PCP) or Specialist, including mental health visits.
Podiatry Visits	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for up to 12 visits for routine foot care per year.
Prescription Drug Coverage	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for generic drugs (including brand drugs treated as generic) before your yearly drug costs (paid by both you and OneCare) reach \$2,000.
	<ul style="list-style-type: none"> After your yearly drug costs reach \$2,000, you pay, \$0 for generic drugs (including brand drugs treated as generic).
	<ul style="list-style-type: none"> After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$4,550 (both paid by you or others on your behalf, and any extra help you got from Medicare), you pay \$0 for generic drugs.
	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for brand-name drugs before your yearly drugs costs (paid by both you and OneCare) reach \$2,000. After your yearly drug costs reach \$2,000, and until your yearly out-of-pocket drug costs reach \$4,550, you pay \$3.30 or \$6.30, depending on your income, for brand-name drugs. After your yearly out-of-pocket drug costs reach \$4,550 (both paid by you or others on your behalf, and any extra

Benefit	Detail
	<p>help you got from Medicare), you pay \$0 for brand-name drugs.</p> <p>Eligibility is based on income level. There is no annual limit for generic or brand name drugs. Contact your OneCare Partner or OneCare Customer Service</p>
Emergency Care World-wide Coverage	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for up to \$5,000 of world-wide emergency care.
Transportation for Medical Services	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for up to fifty (50) one-way trips for medical visits within OneCare’s Service Area in Orange County.
Vision Services - Eye Wear	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for up to \$100 for eye frames every two (2) years OR you pay \$0 for up to \$100 for contacts every two (2) years
Dental Services	<ul style="list-style-type: none"> You pay \$0 for Medicare-covered dental benefits. Dental benefits include up to 2 oral exam(s) every year, up to 2 cleaning(s) every year, up to 2 fluoride treatment(s) every year and up to 1 full mouth dental x-ray every three years. Plan offers additional comprehensive dental benefits.

If you have any questions about this plan’s benefits or costs, please contact Member Services, toll free, at 1-877-412-2734 for current and prospective members. Call this number 24 hours a day, 7days a week. TTY/TDD users should call 1-714-246-8496.

Enrollment in OneCare – HMO

You must receive Medi-Cal services through CalOptima and be entitled to Medicare Part A and enrolled in Medicare Part B to be a member of OneCare – HMO. You must reside in Orange County and use contracted providers for all of your routine care.

Section IV: Covered Benefits for Dual Eligible (Medicare And Medicaid) Beneficiaries

STATE OF CALIFORNIA MEDICAID (MEDI-CAL) PROGRAM COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID) BENEFICIARIES		
Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
1. Inpatient hospital services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
2. Outpatient hospital services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
3. Rural health clinic services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
4. Federally qualified health center services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
5. Laboratory services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
6. X-rays	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
7. Skilled nursing facility care for over 21 years of age - Subacute care	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
8. Pediatric nursing facility care for under 21 years of age - Subacute services (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment supplemental services)	\$0 copay for Medicaid-covered services	Not available under OneCare
9. Family planning services & supplies	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
10. Physician services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries

**STATE OF CALIFORNIA
MEDI-AID (MEDI-CAL) PROGRAM
COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID)
BENEFICIARIES**

Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
11. Medical & surgical dental services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
12. Ophthalmologist services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
13. Podiatry services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
14. Optometry services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
15. Chiropractic services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
16. Psychology services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
17. Nurse anesthetist services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
18. Optician and optical fabricating lab services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
19. Medical supplies (including incontinence creams and washes products) (creams and washes only**)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
20. Durable medical equipment	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
21. Hearing aids	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
22. Enteral formulae	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
23. Acupuncture services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	Not available under OneCare

**STATE OF CALIFORNIA
 MEDICAID (MEDI-CAL) PROGRAM
 COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID)
 BENEFICIARIES**

Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
24. Licensed midwife services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
25. Home health services through a home health agency (including home health nursing and aide services, physical and occupational therapy, speech pathology and audiology services, intermittent nursing, home health aide care, medical supplies, equipment and appliances)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
26. Physical therapy and related services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
27. Rehabilitation facilities	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
28. Private duty nursing (Waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
29. Clinic (Organized outpatient clinic, Indian Health Services, alternate birthing centers, ambulatory surgical centers)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
30. Dental services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
31. Occupational therapy	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
32. Speech pathology/ Speech therapy**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
33. Audiology services**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries

**STATE OF CALIFORNIA
 MEDICAID (MEDI-CAL) PROGRAM
 COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID)
 BENEFICIARIES**

Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
34. Pharmaceutical services and prescribed drugs	\$0 copay for drugs excluded from Medicare Part D coverage	\$0 - \$6.30 copay for covered drugs to OneCare beneficiaries
35. Dentures**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
36. Prosthetic appliances (Orthotic appliances) prosthetic eyes	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
37. Eyeglasses, other eye appliances**	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
38. Comprehensive Perinatal Services Program (Preventive services)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
39. Adult day health care	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
40. Chronic dialysis services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
41. Rehabilitation services (ADHC, chronic dialysis, outpatient heroin detoxification, rehabilitative mental health, drug Medi-Cal, independent rehabilitation centers)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
42. Institutes for Mental Diseases (for under 21 years of age and over 65 years of age, including inpatient psychiatric care).	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
43. Intermediate Care Facility	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
44. Nurse midwife	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries

**STATE OF CALIFORNIA
MEDICAID (MEDI-CAL) PROGRAM
COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID)
BENEFICIARIES**

Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
45. Hospice	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
46. TB-related services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
47. Respiratory care for ventilator-dependent patients	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
48. Family nurse practitioner	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
49. Home and community care for functionally disabled elderly (Waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
50. Community-supported living arrangements (Waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	Not available under OneCare
51. Personal care services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
52. Rural primary care hospital	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
53. Nonmedical health facilities	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
54. Emergency hospital services	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
55. Transportation (State provides emergency and non-emergency medical transportation. Meets federal requirement for assurance of transportation to medically necessary services)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries

**STATE OF CALIFORNIA
MEDICAID (MEDI-CAL) PROGRAM
COVERED BENEFITS FOR DUAL ELIGIBLE (MEDICARE AND MEDICAID)
BENEFICIARIES**

Benefit Category	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
56. Services for pregnant women that treat a condition that may impact the woman and/or the fetus (Not specifically stated as a benefit but is a mandated provision under federal regulations)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
57. Marriage and family counselor services (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment services & waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
58. Licensed clinical social worker services (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment services & waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
59. Case management (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment services & waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
60. Private duty nursing agency services (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment services & waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
61. Individual nurse provider services (Early & periodic screening, diagnosis, and treatment services & waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries
62. Nonmedical services (Waiver only)	\$0 copay for Medicaid-covered services	\$0 copay for covered services to OneCare beneficiaries

** Recently enacted legislation added Section 14131.10 of the W&I Code to exclude several optional benefit categories from coverage under the Medi-Cal program to be implemented on July 1, 2009. The optional benefits indicated are excluded from coverage under the Medi-Cal program effective July 1, 2009. The optional benefits exclusion policy does not apply to the

following beneficiaries: 1) beneficiaries under 21 years of age for services rendered pursuant to EPSDT program; 2) beneficiaries residing in a skilled nursing facility (Nursing Facilities Level A and Level B, including subacute care facilities); 3) beneficiaries who are pregnant (pregnancy-related benefits and services; other benefits and services to treat conditions that, if left untreated, might cause difficulties for the pregnancy); 4) California Children's Services beneficiaries; and 5) beneficiaries enrolled in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly. Most claims for excluded optional benefit services billed by a physician or physician group remain reimbursable on or after July 1, 2009. However, these claims will be denied if the rendering provider is not a physician, but one of the optional benefit providers. More information on the reduced benefits and services affected by this new legislation is available on the California Department of Health Care Services website at www.dhcs.ca.gov.



Resumen de Beneficios de OneCare - HMO para el 2010

Este Resumen de Beneficios le informa de algunas características del plan. No contiene todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de beneficios, por favor llame a OneCare - HMO y solicite la “Evidencia de Cobertura.”

Gracias por su interés en OneCare - HMO. Este plan es ofrecido por ORANGE COUNTY HEALTH AUTHORITY (la Autoridad de Salud del Condado de Orange)/OneCare, un plan para personas con necesidades especiales de Medicare Advantage Health Maintenance Organization (HMO). Este plan está diseñado para personas quienes cumplen con los requisitos específicos de inscripción.

Esto incluye a cualquier persona que recibe asistencia del estado y de Medicare.

Todo el costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad con Medicaid (también conocido como Medi-Cal en el estado de California).

Por favor llame a OneCare - HMO para averiguar si usted califica para inscribirse. El número de teléfono del plan se encuentra al final de esta introducción.

Usted tiene opciones en su cuidado de salud

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger diferentes opciones de Medicare. Una opción es el Plan Original de Medicare (pago-por-servicio o *fee-for-service* en inglés). Otra opción es un Plan de Salud de Medicare, como OneCare - HMO. Es posible que también tenga otras opciones. Usted es el que decide. No importa que escoja, usted sigue en el Programa de Medicare.

Si usted califica para ambos Medicare y Medicaid, usted puede inscribirse o retirarse de un plan durante cualquier tiempo del año.

Por favor llame a OneCare - HMO al número que se encuentra al final de esta introducción o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar este número las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Usted puede comparar a OneCare - HMO y el Plan Original de Medicare usando este Resumen de Beneficios. Las tablas en esta guía le indican algunos de los beneficios importantes de cuidado médico. Para cada beneficio, usted puede ver lo que este plan cubre y lo que cubre el Plan Original de Medicare.

Los miembros de OneCare - HMO reciben todos los beneficios que ofrece el Plan Original de Medicare. También se ofrecen beneficios adicionales que pueden cambiar cada año.

¿Dónde se ofrece OneCare - HMO?

El área de servicio de este plan incluye el Condado de Orange, California. Usted debe vivir en esta área para poder inscribirse en el plan.

¿Quién puede inscribirse en OneCare - HMO?

Usted puede inscribirse en OneCare - HMO si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, aquellas personas con enfermedad renal en fase terminal generalmente no califican para inscribirse en OneCare - HMO a menos que sean miembros actuales de nuestra organización y lo han sido desde que comenzaron su tratamiento de diálisis.

Usted también debe ser beneficiario del programa de Medi-Cal para poder inscribirse en este plan.

Por favor llame a OneCare - HMO para averiguar si usted califica para inscribirse.

¿Puedo escoger a mis propios médicos?

OneCare - HMO ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede usar los médicos quienes forman parte de esta red. Los proveedores del cuidado de salud en la red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede llamar para solicitar un Directorio de Médicos reciente, o para obtener una lista actualizada visite la página de Internet www.caloptima.org. El número del Departamento de Servicios para Miembros de OneCare - HMO se encuentra al final de esta introducción.

¿Qué sucede si me atiendo con un médico que no está en la red del plan?

Si usted decide atenderse con un médico fuera de la red de OneCare - HMO, usted es responsable de pagar por los servicios recibidos. Ni OneCare - HMO ni el Plan Original de Medicare pagarán por estos servicios.

¿Cubre mi plan la Parte B o la Parte D de medicamentos de Medicare?

OneCare - HMO cubre ambas Partes B y D de medicamentos con receta de Medicare.

¿Dónde puedo surtir mis medicamentos con receta si me inscribo en este plan?

OneCare - HMO ha formado una red de farmacias. Usted debe usar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Es posible que OneCare - HMO no pague por sus medicamentos si usa una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias en la red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede llamar para solicitar una lista reciente de la red de farmacias o puede visitar <http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>. El número del Departamento de Servicios para Miembros de OneCare - HMO se encuentra al final de esta introducción.

¿Qué es la lista de medicamentos cubiertos?

OneCare - HMO usa una lista de medicamentos. Ésta es una lista de los medicamentos cubiertos por el plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Es posible que se agregue, retire o se cambie las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos o que se cambie el costo por un medicamento. Si se hace algún cambio a la lista de medicamentos que limita la habilidad de los miembros de surtir su medicamento, se les notificará a los miembros afectados antes de hacer el cambio. Se le enviará una lista de medicamentos cubiertos por correo. También puede ver la lista completa en la página de Internet

<http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>.

Si usted está tomando un medicamento actualmente que no está en la lista de medicamentos o es sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que usted pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Usted se puede comunicar con el plan para solicitar una excepción o para cambiar a un medicamento alternativo que se encuentra en la lista de medicamentos con la ayuda de su médico. Llame para averiguar si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para más detalles sobre la póliza de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo obtener ayuda adicional para el costo del plan de medicamentos con receta?

Es posible que califique para obtener ayuda adicional para pagar sus primas y costos del plan de medicamentos con receta. Usted puede averiguar si califica para ayuda adicional llamando a:

- Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213 de lunes a viernes de las 7 a.m. y 7 p.m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar este número las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima al 1-714-246-8500 o gratuito al 1-888-587-8088, de lunes a viernes de las 8 a.m. a las 5:30 p.m. Usuarios de la línea TDD pueden llamar al 1-714-246-8523.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los Planes de Medicare Advantage acceden a quedarse en el programa por un año completo a la vez. Cada año, los planes deciden si continuarán para otro año. Aunque un Plan de Medicare Advantage decida retirarse del programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si un plan decide retirarse, deberán enviarle una carta por lo menos 60 días antes de que termine la cobertura. Esta carta explicará sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de OneCare - HMO, usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización, la cual incluye el derecho a presentar una apelación si se niega la cobertura de algún artículo o servicio, y el derecho a presentar una queja. Usted tiene el derecho de solicitar

una determinación de la organización si usted quiere que el plan proporcione o pague por un artículo o servicio que usted considera que debe ser cubierto. Si se niega la cobertura del artículo o servicio solicitado, usted tiene el derecho a presentar una apelación o solicitar una revisión de la decisión. Usted puede solicitar una determinación de cobertura acelerada (rápida) o apelación si usted piensa que la espera pondría en peligro su vida o salud, o afectaría su habilidad de recuperar función máxima. Si su médico apoya la solicitud acelerada, su solicitud será acelerada. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja si tiene cualquier tipo de problema con el plan o con un proveedor de la red que no incluya la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema es acerca de la calidad de cuidado que recibió, también tiene el derecho a presentar una queja a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La organización de California se llama Health Services Advisory Group, Inc. (HSAG por sus siglas y título en inglés) y se puede comunicar llamando al 1-800-841-1602. Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-800-881-5980.

Como miembro de OneCare - HMO, usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, la cual incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si se niega la cobertura de un medicamento con receta y el derecho a presentar una queja. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura si quiere que se cubra un medicamento de la Parte D que siente que debe ser cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Usted puede solicitar una excepción si piensa que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos o piensa que debe recibir un medicamento no preferido a un costo más bajo. Usted también puede solicitar una excepción a las reglas de costo de utilización tal como un límite en la cantidad de un medicamento. Si usted piensa que necesita una excepción, usted debe comunicarse con el plan antes de tratar de surtir su medicamento en la farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración apoyando la solicitud de excepción. Si se niega la cobertura de su medicamento, usted tiene el derecho de apelar y pedir que se revise la decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja si tiene cualquier tipo de problema con el plan o con una de las farmacias de la red que no incluya la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema es acerca de la calidad de cuidado que recibió, también tiene el derecho a presentar una queja a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) de su estado. La organización de California se llama Health Services Advisory Group, Inc. (HSAG por sus siglas y título en inglés) y se puede comunicar llamando al 1-800-841-1602. Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-800-881-5980.

¿Qué es el Programa de Revisión de Medicamentos?

El Programa de Revisión de Medicamentos (también conocido como Administración Terapéutica de Medicamentos o MTM, por sus siglas en inglés) es un servicio sin costo que se ofrece por medio del plan. Es posible que usted sea invitado a participar en el programa diseñado específicamente para sus necesidades farmacéuticas y de la salud. Es posible que usted decida no participar en el programa, pero se le recomienda aprovechar la oportunidad de participar en este servicio cubierto si es elegido. Llame a OneCare - HMO para más detalles.

¿Qué tipo de medicamentos pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare?

Algunos medicamentos ambulatorios pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, pero no son limitados a, los siguientes tipos de medicamentos. Llame a OneCare - HMO para más detalles.

- Algunos antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por una persona con instrucciones adecuadas (puede ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos para el tratamiento de osteoporosis: Medicamentos inyectables para el tratamiento de osteoporosis para algunas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (epoetina alfa o Epógeno®): Por medio de inyección si sufre de enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Hemofilia - factores de coagulación: Factores de coagulación administrados por si mismo si sufre de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de medicamentos inyectables administrados después de consultar al médico.
- Medicamentos inmunosupresores: Terapia de medicamentos inmunosupresores para pacientes con trasplante si el trasplante fue pagado por Medicare, o pagado por un seguro privado que pagó como pagador principal a su cobertura de la Parte A de Medicare, en un establecimiento certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales para el tratamiento de cáncer: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales para el control de la náusea: Si tiene un régimen de quimioterapia para el tratamiento de cáncer.
- Medicamentos inhalados y de infusión administrados por medio de equipo médico duradero.

Calificando el plan

El programa de Medicare califica el desempeño del plan en diferentes categorías (por ejemplo, detectando y previniendo enfermedades, calificaciones de los pacientes y la atención al cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar los enlaces disponibles en www.medicare.gov ya sea seleccionando “Compare las Opciones de Planes de Salud en su Área” o “Búsqueda de Planes Medicare con Recetas Médicas” para comparar las calificaciones de los planes de Medicare en su área. También puede llamar directamente al 1-877-412-2734 para obtener una copia de las calificaciones del plan. Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-800-735-2929.

Por favor llame a OneCare - HMO para más información sobre este plan.

Visite nuestra página de Internet www.caloptima.org, o llame:

Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros:
domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, abierto las 24 horas al día horario
pacífico

Miembros actuales y futuros pueden llamar gratuito al 1-877-412-2734 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage (TDD 1-714-246-8496).

Miembros actuales y futuros pueden llamar localmente al 1-877-412-2734 para preguntas relacionadas al Programa de Medicare Advantage (TDD 1-714-246-8496).

Miembros actuales y futuros pueden llamar gratuito al 1-877-412-2734 para preguntas relacionadas al programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare (TDD 1-714-246-8496).

Miembros actuales y futuros pueden llamar localmente al 1-877-412-2734 para preguntas relacionadas al programa de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD 1-714-246-8496).

Para más información sobre Medicare, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, los 7 días de la semana. O, visite la página de Internet www.medicare.gov.

Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

Sección II: Resumen de Beneficios

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos que ofrece este plan, por favor llame a OneCare - HMO para más detalles.

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
INFORMACIÓN IMPORTANTE		
1. Su prima y otra información importante	<p>En el 2010 la prima de la Parte B de Medicare es de \$0 y el deducible es de \$0.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la cuota prevista por Medicare, sus costos son generalmente más altos, lo que significa que usted tiene que pagar más.</p> <p>Estas cantidades cambiarán a partir del 2010.</p>	<p>Generalmente Prima mensual de \$28.90*</p> <p>*Todo el costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.</p>
2. Opciones de médicos y hospitales (Para más información, vea la sección Cuidado de emergencia – beneficio 15 y Servicios en un centro de cuidado urgente – beneficio 16.)	Usted puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.	<p>Dentro de la Red Usted debe ir a los médicos, especialistas y hospitales dentro de la red.</p> <p>Se requiere una referencia para el uso de hospitales y especialistas dentro de la red (para ciertos beneficios).</p>
CUIDADO HOSPITALARIO		
3. Cuidado hospitalario (incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)	<p>Para cada periodo de beneficio paga:</p> <p>1 a 60 días: un deducible de \$0*</p> <p>61 a 90 días: \$0 por día*</p> <p>91 a 150: \$0 por día de reserva de vida*</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre los días de</p>	<p>Dentro de la Red \$0 deducible anual* \$0 copago*</p> <p>El plan cubre 60 días de reserva de vida. El costo por días de reserva de vida es \$0 ó;</p> <p>El plan cubre 90 días cada periodo de beneficio.</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
	<p>reserva de vida. Los días de reserva de vida solamente pueden ser usados una sola vez.</p> <p>Un “periodo de beneficio” comienza el día que usted es hospitalizado o ingresa a un centro de enfermería especializada. Termina cuando usted no ha recibido cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si es hospitalizado después de que haya terminado un periodo de beneficio, comienza un nuevo periodo de beneficio. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe avisarle al plan que usted será internado al hospital.</p>
<p>4. Cuidado hospitalario de salud mental</p>	<p>Paga el mismo deducible y copago que cuidado hospitalario (vea “Cuidado hospitalario” arriba).</p> <p>Límite de 190 días en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la Red \$0 deducible anual* \$0 copago*</p> <p>Usted tiene hasta 190 días en un hospital psiquiátrico a lo largo de la vida.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe avisarle al plan que usted será internado al hospital.</p>
<p>5. Centro de enfermería especializada (en un establecimiento certificado por Medicare)</p>	<p>En el 2010, paga por cada periodo de beneficio después de una estadía de por lo menos 3 días:</p> <p>1 a 20 días: \$0 por día* 21 a 100 días: \$0 por día* 100 días por cada periodo de</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 deducible anual* \$0 copago por servicios en un centro de enfermería especializada*</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
	<p>beneficio.</p> <p>Un “periodo de beneficio” comienza el día que es hospitalizado o ingresa a un centro de enfermería especializada. Termina cuando usted no ha recibido cuidado médico en un hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si es hospitalizado después de que haya terminado un periodo de beneficio, comienza un nuevo periodo de beneficio. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficio.</p> <p>No requiere hospitalización previa.</p>
<p>6. Cuidado médico en el hogar</p> <p>(Incluye cuidado médico intermitente por enfermeras especializadas, servicios de asistencia de salud en el hogar, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 copago.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para visitas de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.*</p>
<p>7. Cuidados paliativos</p>	<p>Paga parte del costo por medicamentos para pacientes no hospitalizados.</p> <p>Usted debe recibir servicios de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p>Generalmente Usted debe recibir servicios de un centro de cuidado paliativos certificado por Medicare.</p>
CUIDADO AMBULATORIO		
<p>8. Consultas médicas</p>	<p>Paga 0% de coseguro</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		<p>Dentro de la Red \$0 copago por cada visita al consultorio de su médico general para beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 copago por cada visita cubierto por Medicare en un centro de cuidado urgente dentro del área de servicio.*</p> <p>\$0 copago por cada visita al especialista para servicios cubiertos por Medicare.*</p>
9. Servicios quiroprácticos	<p>No está cubierto el cuidado de rutina.</p> <p>Paga 0% de coseguro por la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (la desviación o la desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo), a condición de que sea proporcionado por un quiropráctico u otro proveedor calificado.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (la desviación o la desalineación de una coyuntura o parte del cuerpo).</p>
10. Servicios de podología	<p>No está cubierto el cuidado de rutina.</p> <p>Paga 0% de coseguro para cuidado de los pies necesarios por motivos médicos, incluyendo cuidado para condiciones médicas afectando las extremidades inferiores.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por beneficios de podología cubiertos por Medicare.*</p> <p>0% del costo para un máximo de 12 visitas de rutina por año.</p> <p>Los beneficios de podología</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		cubiertos por Medicare son para cuidado de los pies necesarios por motivos médicos.
11. Cuidado ambulatorio de salud mental	Paga 0% de coseguro para la mayoría de los servicios ambulatorios de salud mental.	<p>Dentro de la Red \$0 copago por visitas del cuidado de salud mental cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 copago por cada visita a un psiquiatra cubierta por Medicare.*</p>
12. Cuidado ambulatorio para el abuso de sustancias	0% coseguro	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por visitas cubiertas por Medicare.*</p>
13. Servicios quirúrgicos ambulatorios	<p>0% coseguro por el médico</p> <p>0% por el establecimiento utilizado para los servicios</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.*</p> <p>\$0 copago por cada visita a un establecimiento hospitalario cubierto por Medicare.*</p>
14. Servicios de ambulancia (servicios necesarios por motivos médicos)	0% coseguro	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
<p>15. Cuidado de emergencia</p> <p>(Usted puede ir a cualquier sala de emergencia si cree razonablemente que necesita cuidado inmediato.)</p>	<p>0% coseguro por el médico</p> <p>0% por el costo del establecimiento ó 0% por visita a la sala de emergencia</p> <p>Usted no tiene que pagar el copago de la sala de emergencia si es internado al hospital por la misma condición dentro de 3 días de su visita a la sala de emergencia.</p> <p>NO hay cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por visita a la sala de emergencia cubiertos por Medicare.*</p> <p>Hasta un límite de \$5,000 por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos cada año.</p> <p>Si es internado al hospital dentro de 3 días por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.</p>
<p>16. Servicios en un centro de cuidado urgente</p> <p>(Esto NO es servicio de emergencia, y en la mayoría de los casos, ocurre fuera del área de servicio.)</p>	<p>0% coseguro</p> <p>NO hay cobertura fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>Generalmente</p> <p>\$0 copago por cada visita en un centro de cuidado urgente cubierto por Medicare.*</p>
<p>17. Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <p>(Terapia ocupacional, fisioterapia, logopedia)</p>	<p>0 % coseguro</p>	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.*</p> <p>\$0 copago por cada visita de fisioterapia y/o logopedia cubierta por Medicare.*</p>
SERVICIOS AMBULATORIOS Y ARTÍCULOS MÉDICOS		
<p>18. Equipo médico duradero</p> <p>(Incluyen sillas de ruedas,</p>	<p>0% coseguro</p>	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
oxígeno, etc.)		<p>Dentro de la Red \$0 copago para los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>19. Dispositivos protésicos</p> <p>(Incluye soportes, extremidades y ojos artificiales, etc.)</p>	0% coseguro	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para los artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>20. Entrenamiento para el control de la diabetes, terapia de nutrición y artículos</p> <p>(Incluye cobertura para glucómetros, tiritas para hacerse las pruebas, lancetas y entrenamiento para controlar la diabetes uno mismo)</p>	<p>La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o insuficiencia renal (pero no obtienen diálisis o no han tenido un transplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Estos servicios pueden ser dados por un nutricionista calificado o pueden incluir un asesoramiento nutricional y consejos para ayudar a controlar su diabetes o insuficiencia renal.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para entrenamiento para controlar la diabetes uno mismo.*</p> <p>\$0 copago para terapia de nutrición para el control de diabetes.*</p> <p>\$0 copago para artículos para el control de diabetes.*</p>
<p>21. Análisis de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radiología</p>	<p>0% coseguro para análisis de diagnóstico y radiografías</p> <p>\$0 coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre servicios de laboratorio de diagnóstico que son ordenados por el médico cuando son realizados por un laboratorio certificado (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA, por su título y siglas en inglés) que participa en</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para servicios cubiertos por Medicare que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ servicios de laboratorio* ▪ procedimientos y análisis de diagnóstico* ▪ radiografías* ▪ servicios de radiología para diagnóstico (no incluye radiografías)* ▪ servicios de radiología terapéutica*

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
	<p>Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico son realizados para ayudarle a su médico a diagnosticar o a eliminar una presunta enfermedad o condición. Medicare no cubre la mayoría de los análisis de rutina, tal como el chequeo de colesterol.</p>	
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>22. Medición de la densidad de los huesos</p> <p>(para personas con Medicare que están en riesgo)</p>	<p>0% coseguro</p> <p>Cubierto una vez cada 24 meses (más frecuente si es necesario por motivos médicos) si reúne ciertas condiciones médicas.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para la medición de la densidad de los huesos cubierto por Medicare.*</p>
<p>23. Exámenes para la detección precoz del cáncer colorrectal</p> <p>(para las personas con Medicare mayores de 50 años de edad)</p>	<p>0% coseguro</p> <p>Cubierto cuando está en riesgo o si es mayor de 50 años de edad.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para los exámenes para la detección precoz del cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.*</p>
<p>24. Vacunas</p> <p>(Vacunas contra la gripe, Hepatitis B – para personas con Medicare que están en riesgo, vacunas contra la pulmonía)</p>	<p>\$0 copago para las vacunas contra la gripe y la pulmonía</p> <p>0% coseguro para la vacuna contra la Hepatitis B</p> <p>Es posible que sólo necesite la vacuna contra la pulmonía una sola vez en la vida. Llame a su médico para más información.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para las vacunas contra la gripe y la pulmonía.</p> <p>\$0 coseguro para la vacuna contra la Hepatitis B.*</p> <p>No necesita referencia para obtener las vacunas contra la</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		gripe y la pulmonía.
<p>25. Mamografías (Examen anual)</p> <p>(para las mujeres con Medicare mayores de 40 años de edad)</p>	<p>0% coseguro</p> <p>No necesita referencia.</p> <p>Cubierto una vez al año para todas las mujeres con Medicare mayores de 40 años de edad. Una mamografía inicial cubierta para mujeres con Medicare entre los 35 y 39 años de edad.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago para mamografías cubiertas por Medicare.*</p>
<p>26. Exámenes del Papanicolau y pélvicos</p> <p>(para las mujeres con Medicare)</p>	<p>\$0 copago para el Papanicolau</p> <p>Cubierto una vez cada 2 años. Cubierto cada año para las mujeres con Medicare que están en riesgo.</p> <p>0% coseguro para exámenes pélvicos</p>	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago para exámenes del Papanicolau y pélvicos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>27. Exámenes para la detección precoz del cáncer de la próstata</p> <p>(para hombres con Medicare mayores de 50 años de edad)</p>	<p>0% coseguro para el examen digital del recto</p> <p>\$0 para el análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés); 0% coseguro para otros servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años de edad.</p>	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago para exámenes para la detección precoz del cáncer de la próstata cubiertos por Medicare.*</p>
<p>28. Enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)</p>	<p>0% coseguro para diálisis renal</p> <p>0% coseguro para terapia de nutrición para el control de la enfermedad renal en estado terminal</p>	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago para diálisis renal.*</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
	<p>La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o insuficiencia renal (pero no obtienen diálisis o no han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidos por un médico. Estos servicios pueden ser dados por un nutricionista calificado o pueden incluir un asesoramiento nutricional y consejos para ayudar a controlar su diabetes o insuficiencia renal.</p>	<p>\$0 copago para terapia de nutrición para el control de la enfermedad renal en estado terminal.*</p>
<p>29. Medicamentos con receta</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no son cubiertos bajo el Plan Original de Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos con receta al Plan Original de Medicare inscribiéndose en un Plan de Medicamentos con Receta, o puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura para los medicamentos con receta, inscribiéndose en un Plan de Medicare Advantage o un Plan de Medicare con Costo que ofrece cobertura de medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare</p> <p>Generalmente \$0 deducible anual para los medicamentos cubiertos bajo la Parte B.*</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare</p> <p>Generalmente Este plan usa una lista de medicamentos cubiertos. El plan le enviará esta lista por correo. Usted también puede ver la lista por Internet en http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy.</p> <p>Pueden aplicar diferentes costos personales para las personas quienes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ tienen ingresos limitados, ▪ viven en establecimientos de cuidado a largo plazo, o ▪ tienen acceso a Servicios

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		<p>de Salud para nativos americanos.</p> <p>El plan ofrece cobertura de medicamentos nacionalmente dentro de la red (esto incluye los 50 estados y Washington DC). Esto significa que usted pagará la misma cantidad por sus medicamentos si los surte en una farmacia dentro de la red pero fuera del área de servicio (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>El costo total anual de sus medicamentos es el total de costos pagados por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede requerir que primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de que cubra otro medicamento para esa misma condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener autorización previa de OneCare - HMO para ciertos medicamentos.</p> <p>Usted debe surtir algunos medicamentos en farmacias específicas debido a manejos especiales, coordinación con el proveedor o requisitos de educación para el paciente para estos medicamentos que no pueden estar disponibles por algunas farmacias dentro de la red. Estos medicamentos están descritos</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		<p>en la página de Internet del plan, en la lista de medicamentos y en materiales impresos, así como en la página de Internet de Medicare, medicare.gov.</p> <p>Si el costo actual de un medicamento es menos que el copago normal para el medicamento, usted pagará el costo actual, no la cantidad más alta del copago.</p> <p>Si usted solicita una excepción a la lista de medicamentos para un medicamento y OneCare - HMO aprueba la excepción, usted pagará el costo compartido en nivel 1 o 2 por tal medicamento.</p> <p>Dentro de la Red Usted paga \$0 deducible anual.</p> <p>Cobertura Inicial Dependiendo de sus ingresos e interno en un establecimiento, usted paga lo siguiente: Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), bien sea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 copago; o Para todos otros medicamentos, bien sea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 copago; o ▪ \$3.30 copago; o ▪ \$6.30 copago </p> <p>Cobertura Catastrófica Después de que su total anual</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		<p>de costos para medicamentos alcance \$4,550, usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la Red Los medicamentos del plan pueden ser cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo, si se enferma mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no hay una farmacia de la red. Es posible que pague más que el copago normal si surte sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el costo total a la farmacia y presentar documentación para recibir un reembolso de OneCare - HMO.</p> <p>Cobertura Inicial Fuera de la Red Dependiendo de sus ingresos e interno en un establecimiento, usted será reembolsado por OneCare – HMO hasta el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), bien sea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 copago; o Para todos otros medicamentos comprados en una farmacia fuera de la red, bien sea: <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 copago; o ▪ \$3.30 copago; o ▪ \$6.30 copago <p>Cobertura Catastrófica</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		<p>Fuera de la Red Después de que su total anual de costos para medicamentos alcance \$4,550, usted será reembolsado en su totalidad por medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red.</p>
30. Servicios dentales	Servicios dentales preventivos (tal como la limpieza) no son cubiertos.	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para beneficios dentales cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 copago por los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ hasta 2 exámenes orales cada año ▪ hasta 2 limpiezas cada año ▪ hasta 2 tratamientos de florido cada año ▪ hasta 1 radiografía bucal cada año <p>El plan ofrece beneficios dentales completos adicionales.</p>
31. Servicios de audición	<p>Los exámenes de audición de rutina y los audífonos auditivos no son cubiertos.</p> <p>0% coseguro para exámenes de diagnóstico auditivos.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red Generalmente, los exámenes de audición de rutina y los audífonos auditivos no son cubiertos.</p> <p>\$0 copago para exámenes de diagnóstico de audición</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		cubiertos por Medicare.*
32. Servicios de la visión	<p>0% coseguro para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p>Los exámenes de rutina de los ojos y los anteojos no son cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.</p> <p>Los exámenes anuales para detectar el glaucoma son cubiertos para las personas que están en riesgo.</p>	<p>Generalmente Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.*</p> <p>\$0 copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas.*</p> <p>0% del costo por hasta un (1) examen de rutina de los ojos cada año.</p> <p>0% del costo por hasta un (1) par de anteojos cada dos años.</p> <p>-O- 0% del costo por hasta un (1) par de lentes de contacto cada dos años.</p> <p>Un límite de \$100 para artículos oculares cada dos años.</p>
33. Exámenes físicos	<p>0% coseguro para un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B de Medicare.</p> <p>Cuando obtiene la Parte B de Medicare, usted puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye análisis de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la Red Cuando obtiene la Parte B de Medicare, usted puede obtener un examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye análisis de laboratorio.</p> <p>Los exámenes de rutina no son cubiertos.</p>

Categoría de Beneficio	Plan Original de Medicare	OneCare - HMO
		\$0 copago para los beneficios cubiertos por Medicare.*
Educación sobre la salud y el bienestar	Clases para dejar de fumar: Cubiertos si son ordenados por su médico. Incluye dos sesiones de consejería dentro de un período de 12 meses si es diagnosticado con una enfermedad relacionada con el fumar o si está tomando un medicamento que puede ser afectado por el tabaco. Cada sesión de consejería incluye hasta cuatro visitas en persona. Paga un coseguro y el deducible de la Parte B.	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>Este plan cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materiales por escrito sobre la educación de la salud, incluyendo boletines informativos ▪ Entrenamiento de nutrición ▪ Clases adicionales para dejar de fumar ▪ Otros beneficios de la salud y el bienestar <p>\$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar cubierto por Medicare.*</p>
Transporte (rutina)	No está cubierto.	<p>Generalmente</p> <p>Pueden aplicar las reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por hasta 50 viajes sencillos en taxi a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
Acupuntura	No está cubierto.	<p>Dentro de la Red</p> <p>Este plan no cubre servicios de acupuntura.</p>

SECCIÓN III: Información importante del plan

Nuestra Misión

Desde 1995, la misión de CalOptima ha sido de “brindar servicio de cuidado de salud con calidad y compasión a sus miembros manteniendo costos bajo control”. Con el desarrollo de OneCare - HMO, nosotros podemos extender estos servicios a los beneficiarios que califican para ambos, Medicare y Medi-Cal en el Condado de Orange.

OneCare - HMO fue diseñado con sus necesidades en mente. Se le ofrece una variedad de beneficios, tales como el cuidado hospitalario, cobertura para medicamentos con receta y cuidados para la visión - todos sin ninguna prima mensual y copagos mínimos o sin copagos.

Su Socio de OneCare - HMO

Puede esperar un servicio personalizado de su “Socio de OneCare - HMO”. Su Socio de OneCare - HMO es un representante dedicado, al quien puede llamar para hacerle preguntas generales, para cambiar de médico general o para que le dé cualquier tipo de ayuda que usted pueda necesitar. ¡Su Socio de OneCare - HMO es su socio en la salud!

¿Qué cobertura tengo si tengo un costo compartido (Share of Cost, SOC, por sus siglas en inglés) o si califico como un beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB, por sus siglas en inglés), un beneficiario con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Beneficiary, SLMB, por sus siglas en inglés) o individuo calificado (Qualifying Individual, QI-1, por sus siglas en inglés)?

Si tiene Medi-Cal con costo compartido (SOC, por sus siglas en inglés), tiene que pagar una cierta cantidad cada mes para sus gastos médicos antes de que esté cubierto por Medi-Cal. No estará cubierto por Medi-Cal a menos que sea elegible por Medi-Cal después de cumplir su cantidad de SOC para el mes. Usted todavía está elegible para los beneficios de Medicare bajo su plan de OneCare - HMO. Si cumple con su SOC en julio del 2009 o más tarde, usted estará elegible para medicamentos con receta con un copago de \$0 por medicamentos genéricos para todo el año del 2010. Para medicamentos de marca, usted tendrá un copago de \$0 hasta alcanzar un total anual de costos de \$2,000 en gastos por medicamentos. Después de alcanzar un total anual de costos de \$2,000 en gastos por medicamentos, puede tener un copago de hasta \$6.30 dependiendo de sus ingresos. Si cumple con su SOC en el 2010, será elegible para el copago de \$0 por medicamentos genéricos y de marca el mes después del mes en que cumplió con su SOC para el resto del año. Una vez que su total anual de costos por medicamentos alcance \$2,000, un copago de hasta \$6.30 puede ser aplicable por medicamentos de marca por el resto del año. El recibir los servicios particulares sólo de Medi-Cal, tal como artículos de incontinencia, se determina de mes a mes dependiendo de que si usted ha cumplido con su SOC en ese mismo mes.

Si usted califica como un miembro QMB, SLMB o QI, pero no califica para los beneficios completos de Medi-Cal, no será elegible para inscribirse en OneCare - HMO.

Si tiene cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare - HMO gratuito al 1-877-412-2734 para miembros actuales y futuros. Usted puede llamar a este número las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TDD pueden llamar al 1-714-246-8496.

Información adicional sobre los beneficios de OneCare - HMO:

OneCare - HMO le ofrece excelentes beneficios, algunos de los cuales se explican en más detalle a continuación:

Todos los miembros de OneCare - HMO reciben los siguientes beneficios:

Beneficios	Detalles
Exámenes físicos	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por cada chequeo anual o examen físico necesario por motivos médicos.
Prima de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> Pagado por el estado – no es su responsabilidad de pagar.
Cuidado hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por cobertura hospitalaria mientras sea necesario por motivos médicos y sea autorizado por OneCare - HMO o su grupo médico.
Consultas médicas	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por cada visita a su médico general o especialista, incluyendo servicios de salud mental.
Servicios de podología	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por hasta 12 visitas de rutina para el cuidado de los pies por año.
Cobertura de medicamentos con receta	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos de marca que son considerados como genéricos) antes de que su costo anual (pagados por usted y por OneCare- HMO) alcance \$2,000.
	<ul style="list-style-type: none"> Después de que su costo anual por medicamentos alcance \$2,000, usted paga \$0 por medicamentos genéricos (incluyendo los medicamentos de marca que son considerados como genéricos).
	<ul style="list-style-type: none"> Después de que su costo personal por medicamentos alcance \$4,550 (pagados por usted y otros a nombre suyo, y cualquier ayuda adicional que obtiene de Medicare), usted paga \$0 por medicamentos genéricos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por medicamentos de marca antes de que su costo anual por medicamentos (pagados por usted y por OneCare- HMO) alcance \$2,000. • Después de que su costo anual por medicamentos alcance \$2,000, y hasta que sus costos personales alcancen \$4,550, usted paga \$3.30 o \$6.30, dependiendo de sus ingresos, por medicamentos de marca. • Después de que sus costos personales por medicamentos alcancen \$4,550 (pagados por usted y otros a nombre suyo, y cualquier ayuda adicional que obtiene de Medicare), usted paga \$0 por medicamentos de marca. <p>La elegibilidad se basa en el nivel de ingresos.</p> <p>No hay ningún límite anual por medicamentos genéricos o de marca. Llame a su Socio de OneCare - HMO o al Departamento de Servicios para Miembros para más información.</p>
Cobertura de cuidado de emergencia mundial	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta \$5,000 por cuidado de emergencia en cualquier parte del mundo.
Transporte para servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta cincuenta (50) viajes sencillos para visitas médicas dentro del área de servicio de OneCare - HMO en el Condado de Orange, California.
Servicios de la visión - artículos oculares	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta \$100 para anteojos cada dos (2) años O usted paga \$0 por hasta \$100 para lentes de contacto cada dos (2) años.
Servicios dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare. Los beneficios dentales incluyen hasta 2 exámenes orales cada año, hasta 2 limpiezas por año, hasta 2 tratamientos de florido cada año y hasta 1 radiografía bucal completa cada tres años. El plan ofrece beneficios dentales exhaustivos adicionales.

Si tiene cualquier pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare - HMO, gratuito al 1-877-412-2734 para miembros actuales y futuros. Llame este número las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TDD pueden llamar al 1-714-246-8496.

La inscripción en OneCare - HMO

Usted debe recibir sus beneficios de Medi-Cal por medio de CalOptima y debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la parte B de Medicare para poder ser miembro de OneCare - HMO. Usted debe vivir en el Condado de Orange, California y utilizar proveedores contratados para todo su cuidado médico de rutina.

Sección IV: Beneficios cubiertos para beneficiarios de Medicare y Medicaid

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID		
Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
1. Cuidado hospitalario para pacientes internados	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
2. Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
3. Servicios en un centro de salud rural	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
4. Servicios en un centro de salud calificado por el gobierno federal	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
5. Servicios de laboratorio	\$0 copago para servicios cubierto por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
6. Radiografías	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
7. Cuidado en un centro de enfermería especializada, para personas mayores de 21 años – cuidado subagudo	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
8. Cuidado en un centro pediátrico de enfermería especializada para personas menores de 21 años – cuidado subagudo (servicios suplementarios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	No está disponible bajo OneCare
9. Servicios y artículos para planificación familiar	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
10. Servicios de médicos	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
11. Servicios dentales quirúrgicos y por razones médicas	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
12. Servicios de oftalmólogo	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
13. Servicios de podología**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
14. Servicios de optometría**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
15. Servicios quiroprácticos**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
16. Servicios psicológicos**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
17. Servicios de enfermera especializada en anestesia	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
18. Servicios de oculista y de laboratorio de fabricación óptica**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
19. Artículos médicos (incluyendo cremas y lavados de incontinencia) (cremas y lavados solamente**)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
20. Equipo médico duradero	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
21. Audífonos	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
22. Alimentación enteral	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
23. Servicios de acupuntura**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	No está disponible bajo OneCare
24. Servicios de partera licenciada	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
25. Cuidado médico en el hogar proporcionado por una agencia de cuidado médico en el hogar (incluyendo servicios de cuidado médico proporcionado por una enfermera en el hogar y servicios de un asistente para realizar actividades de la vida diaria, fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiología, cuidado médico intermitente por una enfermera especializada, cuidado de un asistente para realizar actividades de la vida diaria, y artículos, equipo y aparatos médicos)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
26. Fisioterapia y otros servicios relacionados	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
27. Centros de rehabilitación	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
28. Servicio de enfermería privado (servicios por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
29. Clínicas/Centros de salud (clínica organizada de cuidado ambulatorio, servicios para nativos americanos, centros alternativos de maternidad, centros de cirugía ambulatoria)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
30. Servicios dentales**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
31. Terapia ocupacional	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
32. Patología del habla / Logopedia (terapia del habla)**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
33. Servicios de audiología**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
34. Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 a \$6.30 copago por medicamentos cubiertos para beneficiarios de OneCare
35. Dentadura postiza**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
36. Dispositivos prostéticos (dispositivos ortóticos) ojos artificiales	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
37. Lentes, otros dispositivos para los ojos**	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
38. Programa integral de servicios perinatales (servicios preventivos)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
39. Cuidado diurno de la salud para adultos	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
40. Servicios de diálisis crónica	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
41. Servicios de rehabilitación (ADHC, diálisis crónica, servicios ambulatorios para la eliminación de heroína, salud mental para rehabilitación, programa de tratamiento de abuso de drogas y alcohol para beneficiarios de Medi-Cal (Drug Medi-Cal por su título en inglés), centros independientes de rehabilitación)	\$0 copago para servicios cubierto por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
42. Institutos de enfermedades mentales (para personas menores de 21 años y mayores de 65 años, incluyendo cuidado psiquiátrico para pacientes internados)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
43. Centro de cuidado intermedio	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
44. Enfermera partera	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
45. Cuidado paliativo	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
46. Servicios relacionados a la tuberculosis	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
47. Cuidado respiratorio para pacientes que dependen de un respirador artificial	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
48. Enfermera de práctica clínica avanzada	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
49. Cuidado comunitario y en el hogar para personas mayores con discapacidades funcionales (servicios por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
50. Servicios comunitarios de apoyo para realizar actividades de la vida diaria (servicios por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	No está disponible bajo OneCare
51. Servicios del cuidado personal	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
52. Hospital rural para el cuidado primario	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
53. Centros para el cuidado no de naturaleza médica	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
54. Servicios de emergencia en un hospital	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL)
DEL ESTADO DE CALIFORNIA
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID**

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
55. Transporte (el estado ofrece transporte de emergencia y transporte cuando no se trata de una emergencia. Cumple con los requisitos federales para garantizar transporte a servicios que son necesarios por razones médicas)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
56. Servicios para mujeres embarazadas para tratar una condición que puede afectar a la mujer o al feto (no es un beneficio explícito, pero es requerido por ley federal)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
57. Servicios de consejo familiar y matrimonial (servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento y disponibles por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
58. Trabajadores sociales clínicos licenciados (servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento y disponibles por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
59. Administración de casos (servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento y disponibles por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID		
Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare - HMO
60. Servicios de una agencia de enfermería privada (servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento y disponibles por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
61. Servicios de enfermería individuales (servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento y disponibles servicios por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare
62. Servicios que no son de naturaleza médica (servicios por medio del programa de excepción de Medi-Cal solamente)	\$0 copago para servicios cubiertos por Medicaid	\$0 copago para servicios cubiertos para beneficiarios de OneCare

**Recientemente se promulgó legislación que añadió la sección 14131.10 al Código de Asistencia Social y de Instituciones (Welfare & Institutions Code, por su nombre en inglés), la cual excluye varias categorías opcionales de beneficios de cobertura bajo el programa de Medi-Cal a partir del 1 de julio del 2009. Los beneficios opcionales marcados con asterisco son excluidos de cobertura bajo el programa de Medi-Cal a partir del 1 de julio del 2009. La exclusión de los beneficios opcionales no aplica a los siguientes beneficiarios: 1) Beneficiarios menores de 21 años de edad que reciben servicios de acuerdo al programa EPSDT (Programa de servicios que constan de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento); 2) Beneficiarios que residen en un centro de enfermería especializada (niveles A y B, incluyendo centros para el cuidado subagudo); 3) Beneficiarios embarazadas (beneficios y servicios relacionados al embarazo; otros beneficios y servicios para tratar condiciones que pueden causar dificultades en el embarazo si no son tratadas); 4) Beneficiarios que reciben servicios del programa de Servicios para los Niños de California (California's Children Services, por su título en inglés); y 5) Beneficiarios inscritos en el Programa Integral para el Cuidado de las Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, por su título en inglés). Todavía se pagarán la mayoría de los reclamos de beneficios opcionales excluidos que fueron prestados y son sometidos por un médico o grupo médico en o después del 1 de julio del 2009. Sin embargo,

se negarán pago por estos reclamos si el proveedor no fue médico, sino uno de los proveedores de beneficios opcionales. Se puede encontrar más información sobre los beneficios y servicios reducidos que fueron afectados por la nueva legislación en la página de Internet del Departamento de Servicios de Atención Médica en www.dhcs.ca.gov.

Bản Tóm Lược Phúc Lợi của OneCare – HMO Trong Năm 2010

Bản Tóm Lược Phúc Lợi OneCare sẽ mang đến cho quý vị một số điểm nổi bật của chương trình chúng tôi. Bản này không liệt kê tất cả các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ hoặc các sự giới hạn cũng như loại trừ. Để nhận được một danh sách liệt kê đầy đủ các phúc lợi của chúng tôi, xin vui lòng gọi OneCare – HMO và yêu cầu tài liệu “Minh Định Sự Đài Thọ.”

Xin cảm ơn về sự quan tâm của quý vị đã dành cho chương trình OneCare - HMO. Chương trình của chúng tôi được đề xướng bởi ORANGE COUNTY HEALTH AUTHORITY là một chương trình quản trị y tế Medicare Advantage Health Maintenance Organization (HMO) Special Needs Plan. Chương trình này dành cho quý vị nào hội đủ điều kiện gia nhập.

Quý vị có thể hội đủ điều kiện gia nhập nếu quý vị nhận được sự trợ giúp y tế từ tiểu bang và Medicare.

Tất cả các phần chia sẻ phí tổn trong bản Tóm Lược Phúc Lợi được dựa trên mức hội đủ điều kiện thụ hưởng Medicaid (được gọi là Medi-Cal tại tiểu bang California) của quý vị.

Xin gọi cho OneCare - HMO để biết quý vị có hội đủ điều kiện gia nhập hay không. Số điện thoại của chúng tôi được ghi ở cuối phần giới thiệu.

Quý Vị Có Nhiều Chọn Lựa Cho Việc Chăm Sóc Sức Khỏe Của Quý Vị

Là người thụ hưởng Medicare, quý vị có nhiều chọn lựa khác nhau. Một trong những chọn lựa đó là chương trình bảo hiểm Original Medicare (fee-for-service). Một chọn lựa nữa là chương trình y tế Medicare, như chương trình OneCare - HMO. Ngoài ra quý vị còn có những chọn lựa khác. Quý vị là người chủ động trong những sự chọn lựa này. Dù sự chọn lựa như thế nào, quý vị cũng vẫn là thành viên của chương trình bảo hiểm Medicare.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện thụ hưởng Medicare và Medicaid, quý vị có thể gia nhập hoặc rút tên ra khỏi chương trình bất cứ lúc nào.

Xin gọi cho Văn Phòng Dịch Vụ OneCare tại số điện thoại được ghi ở cuối phần giới thiệu hoặc 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm chi tiết. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi số này 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

Làm Sao Tôi Có Thể So Sánh Sự Chọn Lựa Của Tôi?

Quý vị có thể sử dụng tài liệu Tóm Lược Phúc Lợi để so sánh chương trình OneCare - HMO và chương trình Original Medicare. Biểu đồ trong tài liệu này liệt kê một số phúc lợi y tế quan trọng. Quý vị có thể biết chương trình chúng tôi và chương trình Original Medicare đòi hỏi những gì cho mỗi phúc lợi y tế.

Thành viên của OneCare sẽ nhận tất cả các phúc lợi giống như trong chương trình bảo hiểm Original Medicare. Chúng tôi cũng cung cấp nhiều phúc lợi khác mà có thể thay đổi hằng năm.

Chương Trình OneCare - HMO Phục Vụ Ở Đâu?

Vùng phục vụ của OneCare - HMO là quận Orange của Tiểu Bang California. Quý vị phải cư ngụ trong vùng này để được gia nhập chương trình.

Quý Vị Nào Hội Đủ Điều Kiện Để Gia Nhập Chương Trình OneCare - HMO?

Quý vị có thể gia nhập OneCare - HMO nếu quý vị thụ hưởng Medicare Phần A và B và cư ngụ trong vùng phục vụ. Nhưng, các thành viên đang bị bệnh thận ở giai đoạn cuối thường sẽ không hội đủ điều kiện gia nhập vào OneCare – HMO trừ khi họ là thành viên của cơ quan chúng tôi và luôn là thành viên của chúng tôi từ khi bắt đầu lọc máu.

Quý vị phải thụ hưởng Medi-Cal để gia nhập vào chương trình.

Xin gọi cho chương trình để tìm hiểu xem quý vị hội đủ điều kiện gia nhập hay không.

Tôi Có Được Chọn Bác Sĩ Của Tôi Không?

OneCare - HMO đã thành lập một hệ thống bác sĩ, bác sĩ chuyên khoa, và các bệnh viện. Quý vị chỉ có thể chọn các bác sĩ trong hệ thống của chúng tôi. Những nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị có thể yêu cầu một Danh Sách Bác Sĩ (Provider Directory) hoặc để có một danh sách cập nhật nhất, xin vào trang mạng điện toán của chúng tôi tại www.caloptima.org. Số điện thoại của Văn Phòng Dịch Vụ được ghi ở cuối phần giới thiệu.

Điều Gì Sẽ Xảy Ra Nếu Tôi Đi Bác Sĩ Không Thuộc Chương Trình?

Nếu quý vị chọn đi bác sĩ ngoài hệ thống của chương trình chúng tôi, quý vị phải tự trả tiền cho những dịch vụ này. Chương trình OneCare - HMO hoặc chương trình Original Medicare sẽ không trả tiền cho các dịch vụ y tế này.

Chương Trình Của Tôi Có Đòi Thọ Medicare Phần B Hoặc Thuốc Thuộc Medicare Phần D?

Chương trình OneCare – HMO đòi thọ cả hai thuốc theo toa thuộc Medicare Phần B và thuốc theo toa thuộc Medicare Phần D.

Tôi Được Lấy Thuốc Ở Đâu Nếu Tôi Gia Nhập Vào Chương Trình Này?

Chương trình OneCare – HMO đã thành lập một hệ thống nhà thuốc. Quý vị phải sử dụng những nhà thuốc nằm trong hệ thống để nhận các phúc lợi của chương trình. Chúng tôi có thể không trả tiền thuốc cho quý vị nếu quý vị sử dụng nhà thuốc ngoài hệ thống của chúng tôi, ngoại trừ một số trường hợp ngoại lệ. Các nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi có thể thay đổi bất cứ lúc nào. Quý vị có thể yêu cầu một Danh Sách Nhà Thuốc mới nhất của chúng tôi hoặc vào trang nhà của chúng tôi tại

<http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>. Số điện thoại của Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi được ghi ở cuối phần giới thiệu.

Danh Sách Thuốc Theo Toa Được Đòi Thò Là Gì?

OneCare - HMO có một danh sách thuốc theo toa được đòi thò. Danh sách này liệt kê các loại thuốc được chương trình chúng tôi đòi thò để đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân. Chúng tôi có thể thêm vào, bỏ ra, hoặc thay đổi sự giới hạn cho một số loại thuốc hoặc thay đổi số tiền quý vị phải trả cho một loại thuốc. Nếu sự thay đổi của chúng tôi ảnh hưởng đến việc lấy thuốc của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho những thành viên bị ảnh hưởng trước khi sự thay đổi xảy ra. Chúng tôi sẽ gửi danh sách thuốc được đòi thò đến quý vị hoặc quý vị có thể tham khảo một danh sách thuốc được đòi thò hoàn chỉnh hơn trong trang nhà của chúng tôi tại <http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy>.

Nếu quý vị đang sử dụng thuốc không có trong danh sách của chúng tôi hoặc bị lệ thuộc vào một số điều kiện hoặc giới hạn, quý vị có thể nhận được một số lượng tạm thời cho thuốc đó. Quý vị có thể liên lạc với chúng tôi để yêu cầu một trường hợp ngoại lệ hoặc đổi qua một loại thuốc khác nằm trong danh sách của chúng tôi với sự giúp đỡ của bác sĩ của quý vị. Xin gọi cho chúng tôi nếu quý vị cần một số lượng tạm thời của một loại thuốc đó hoặc để biết thêm chi tiết về quá trình chuyển tiếp qua một loại thuốc khác của chúng tôi.

Làm Cách Nào Tôi Có Thể Nhận Được Sự Giúp Đỡ Thêm Cho Các Phí Tổn Của Chương Trình Thuốc Theo Toa?

Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận sự giúp đỡ để trả tiền lệ phí và chi phí thuốc theo toa. Để tìm hiểu xem quý vị có hội đủ điều kiện nhận được sự trợ giúp thêm, xin gọi:

- Sở An Sinh Xã Hội ở số 1-800-772-1213 từ thứ Hai đến thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-325-0778; hoặc
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi số này 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.

-
- Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima ở số điện thoại 1-714-246-8500 hoặc số điện thoại miễn phí 1-888-587-8088, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên sử dụng máy TDD nên gọi đường dây TDD ở số 1-714-246-8523.

Tôi Có Những Bảo Vệ Gì Trong Chương Trình Đây?

Tất cả những chương trình Medicare Advantage đồng ý giữ chương trình của mình từng năm một. Mỗi năm, những chương trình này sẽ quyết định có giữ chương trình của mình hay không. Nếu Chương Trình Medicare Advantage không giữ chương trình, quý vị sẽ không bị mất phúc lợi Medicare. Nếu họ quyết định như vậy, họ sẽ gửi cho quý vị một thông báo 60 ngày trước khi sự đài thọ của quý vị chấm dứt. Thông báo đó sẽ giải thích cho quý vị biết những sự chọn lựa quý vị có trong vùng của quý vị.

Là thành viên của OneCare – HMO, quý vị có quyền yêu cầu một quyết định của chương trình bao gồm quyền nộp đơn khiếu nại nếu chúng tôi từ chối đài thọ cho một vật dụng hoặc dịch vụ, và quyền nộp đơn than phiền. Quý vị có quyền yêu cầu một quyết định của chương trình nếu quý vị muốn chúng tôi cung cấp hoặc thanh toán cho một vật dụng hoặc dịch vụ mà quý vị nghĩ là nên được đài thọ. Nếu chúng tôi từ chối không đài thọ yêu cầu của quý vị, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại và yêu cầu chúng tôi duyệt xét lại quyết định của chúng tôi. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi quyết định nhanh hoặc khiếu nại nếu quý vị tin rằng sự chờ đợi cho một quyết định sẽ ảnh hưởng trầm trọng đến tính mạng của quý vị hoặc ảnh hưởng đến phục hồi chức năng của quý vị đến mức tối đa. Nếu bác sĩ của quý vị yêu cầu hoặc hỗ trợ sự yêu cầu quyết định nhanh, chúng tôi phải quyết định nhanh. Sau cùng, quý vị có quyền nộp đơn than phiền với chúng tôi nếu quý vị có bất cứ vấn đề gì với chúng tôi hoặc các nhà cung cấp dịch vụ của chúng tôi mà không liên quan đến sự đài thọ cho một vật dụng hoặc dịch vụ. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phẩm chất của sự chăm sóc, quý vị có quyền nộp đơn than phiền với Cơ Quan Cải Thiện Phẩm Chất của Tiểu Bang, Health Services Advisory Group, Inc, (HSAG) ở số 1-800-841-1602. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-800-881-5980.

Là thành viên của OneCare - HMO, quý vị có quyền yêu cầu một quyết định của chương trình bao gồm cách thức để yêu cầu cho một trường hợp ngoại lệ, quyền khiếu nại nếu chúng tôi từ chối đài thọ cho một loại thuốc, và quyền nộp đơn than phiền. Quý vị cũng có quyền yêu cầu một quyết định của sự đài thọ nếu quý vị muốn chúng tôi đài thọ cho một loại thuốc nằm trong Medicare Phần D mà quý vị nghĩ rằng thuốc đó phải được đài thọ. Yêu cầu cho một trường hợp ngoại lệ là một dạng của quyết định sự đài thọ. Quý vị có thể yêu cầu một trường hợp ngoại lệ nếu quý vị nghĩ rằng quý vị cần một loại thuốc không nằm trong danh sách thuốc được đài thọ hoặc quý vị nghĩ rằng quý vị phải trả một số tiền ít hơn cho một loại thuốc. Quý vị cũng có thể yêu cầu trường hợp ngoại lệ cho những quy định mà chúng tôi có như là sự giới hạn của số lượng một loại thuốc. Nếu quý vị cần một trường hợp ngoại lệ, quý vị nên gọi cho chúng tôi trước khi đi lấy thuốc tại nhà thuốc. Bác sĩ của quý vị phải cung cấp một số chi tiết về lý do tại sao quý vị cần yêu cầu một trường hợp ngoại lệ. Nếu chúng tôi từ chối không đài

thọ thuốc cho quý vị, quý vị có quyền khiếu nại và yêu cầu chúng tôi duyệt xét lại quyết định của chúng tôi. Sau cùng, quý vị có quyền nộp đơn than phiền nếu quý vị có những vấn đề với chúng tôi hoặc với một trong các nhà thuốc thuộc hệ thống của chúng tôi mà không liên quan đến sự yêu cầu sự đài thọ cho một loại thuốc đó. Nếu vấn đề của quý vị liên quan đến phẩm chất của sự chăm sóc, quý vị có quyền nộp đơn than phiền với Cơ Quan Cải Thiện Phẩm Chất của Tiểu Bang, Health Services Advisory Group, Inc, (HSAG) ở số 1-800-841-1602. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-800-881-5980.

Chương Trình Quản Trị Thuốc (Medication Therapy Management-Mtm Program) Là Gì?

Chương Trình Quản Trị Thuốc là một phúc lợi không tốn lệ phí mà chương trình OneCare - HMO có thể đài thọ cho quý vị. Quý vị có thể được mời tham gia vào chương trình này để có thể đáp ứng được nhu cầu sức khỏe và trị liệu của quý vị. Quý vị có thể quyết định không tham gia vào chương trình này nhưng chúng tôi nghĩ rằng quý vị nên tận dụng sự đài thọ này nếu quý vị được chọn là tham dự viên. Xin liên lạc OneCare – HMO để biết thêm chi tiết.

Những Loại Thuốc Nào Có Thể Được Đài Thọ Qua Medicare Phần B?

Một số loại thuốc theo toa của dịch vụ ngoại chấn có thể được đài thọ qua Medicare Phần B. Những loại thuốc này bao gồm, nhưng không giới hạn, bởi những loại thuốc sau đây. Xin liên lạc OneCare – HMO để biết thêm chi tiết.

- Thuốc Kháng Nguyên: Nếu do bác sĩ điều chế và thực hiện bởi một người được chỉ định (người này có thể là bệnh nhân) dưới sự giám sát của bác sĩ.
- Thuốc Dùng Để Trị Bệnh Rỗng Xương: Thuốc chích trị bệnh rỗng xương được đài thọ cho một số phụ nữ có Medicare.
- Erythropoietin (Epoetin alpha hoặc Epogen®): Thuốc chích nếu quý vị bị bệnh thận ở giai đoạn cuối (suy thận vĩnh viễn cần lọc máu hoặc thay thận) và cần thuốc này để trị bệnh thiếu máu.
- Nhân Tố Giúp Cầm Máu (Hemophilia Clotting Factors): Tự thực hiện nếu quý vị bị bệnh chảy máu không cầm được.
- Thuốc Chích: Hầu hết các loại thuốc chích được làm sau buổi khám bác sĩ.
- Thuốc Immunosuppressive: Sự điều trị thuốc Immunosuppressive dành riêng cho bệnh nhân được thay ghép bộ phận nếu quá trình thay ghép bộ phận được Medicare đài thọ hoặc được chương trình bảo hiểm tư đài thọ chính sau Medicare Phần A tại một trung tâm có chứng chỉ của Medicare.
- Một Số Thuốc Trị Bệnh Ung Thư: Nếu loại thuốc đó thuộc dạng chích.
- Thuốc Uống Trị Ói/Buồn Nôn: Nếu quý vị dùng thuốc này như là một phần điều trị hóa xạ. Thuốc hít vào hoặc thuốc được truyền vào sẽ do các công ty trang thiết bị y khoa bên bỉ cung cấp.

- Thuốc hít và thuốc truyền vào cơ thể do các công ty trang thiết bị y khoa bên bỉ cung cấp.

Đánh Giá Chương Trình

Chương Trình Medicare đánh giá cách hoạt động của các chương trình y tế qua nhiều loại khác nhau (thí dụ, truy tầm và ngăn ngừa bệnh, đánh giá của thành viên về sự phục vụ của chương trình). Nếu sử dụng mạng lưới điện toán được, quý vị có thể vào trang nhà của Medicare tại <http://www.medicare.gov> và chọn “Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area” hoặc “Compare Medicare Prescription Drug Plans”. Quý vị cũng có thể gọi trực tiếp cho chúng tôi ở số 1-877-412-2734 để yêu cầu một bản sao đánh giá chương trình của chúng tôi. Thành viên sử dụng máy TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Xin gọi OneCare để biết thêm chi tiết về OneCare - HMO.

Vào thăm trang nhà của chúng tôi tại địa chỉ www.caloptima.org hoặc gọi cho chúng tôi:

Giờ làm việc của Văn Phòng Dịch Vụ:

Chủ Nhật, Thứ Hai, Thứ Ba, Thứ Tư, Thứ Năm, Thứ Sáu, Thứ Bảy, 24 giờ một ngày

Thành viên cũ và mới nên gọi số điện thoại miễn phí 1-877-412-2734 để đặt các câu hỏi liên quan đến Chương Trình Medicare Advantage. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Thành viên cũ và mới nên gọi số 1-877-412-2734 để đặt các câu hỏi liên quan đến Chương Trình Mua Thuốc Theo Toa Medicare Phần D. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Thành viên cũ và mới nên gọi số 1-877-412-2734 để đặt các câu hỏi liên quan đến Chương Trình Mua Thuốc Theo Toa Medicare Phần D. Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Để biết thêm tin tức về Medicare, xin gọi Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY/TDD nên gọi số 1-877-486-2048. Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Hoặc vào trang nhà www.medicare.gov.

Nếu quý vị có các nhu cầu đặc biệt, tài liệu này cũng có thể gửi đến quý vị theo những dạng tài liệu khác.

PHẦN II: Tóm Lược Phúc Lợi

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về phúc lợi hoặc chi phí của chương trình này, xin vui lòng gọi OneCare để biết thêm chi tiết

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
CHI TIẾT QUAN TRỌNG		
1- Tiền lệ phí và những chi tiết quan trọng khác	<p>Trong năm 2010, tiền lệ phí hằng tháng của Medicare Phần B là \$0 và tiền khấu trừ hằng năm của Medicare Phần B là \$0.</p> <p>Nếu bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ không nhận sự chỉ định này, tiền phí tổn của họ thường cao hơn, và có nghĩa là quý vị phải trả nhiều hơn.</p> <p>Số tiền lệ phí này có thể thay đổi trong năm 2010.</p>	<p>Thông Thường \$28.90 tiền lệ phí hằng tháng*</p> <p>*Tất cả những phần chia phí tổn trong Bản Tóm Lược Phúc Lợi này dựa trên mức hội đủ điều kiện Medicaid (Medi-Cal) của quý vị.</p>
2- Chọn Bác Sĩ và Bệnh Viện (Để biết thêm chi tiết, xem mục Dịch Vụ Cấp Cứu số 15 và Chăm Sóc Khẩn Cấp số 16.)	<p>Quý vị có thể khám bệnh với bất cứ bác sĩ gia đình, bác sĩ chuyên khoa hoặc bệnh viện nào có nhận Medicare.</p>	<p>Trong Hệ Thống Quý vị phải khám bệnh với các bác sĩ gia đình, bác sĩ chuyên môn và bệnh viện trong hệ thống.</p> <p>Quý vị phải có giấy giới thiệu để đi bệnh viện và bác sĩ chuyên môn (cho một vài dịch vụ nào đó).</p>
SẢN SỐC NỘI CHẨN		
3- Dịch Vụ Sản Sốc Nội Chẩn (Bao gồm tình trạng dùng thuốc quá độ và sự phục hồi)	<p>Cho mỗi chu kỳ phúc lợi y tế:</p> <p>Từ 1 đến 60 ngày: \$0 tiền khấu trừ*</p> <p>Từ 61 đến 90 ngày: \$0 một</p>	<p>Trong Hệ Thống \$0 tiền khấu trừ hằng năm* \$0 tiền phụ phí*</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>ngày*</p> <p>Từ 91 đến 150 ngày: \$0 cho mỗi ngày dự trữ cho suốt đời*</p> <p>Xin vui lòng gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm chi tiết về các ngày dự trữ cho suốt đời.</p> <p>Những ngày dự trữ chỉ có thể dùng một lần trong suốt quãng đời.</p> <p>Thời gian hưởng phúc lợi bắt đầu ngày quý vị đến bệnh viện hoặc viện điều dưỡng chuyên môn. Thời gian hưởng phúc lợi kết thúc khi quý vị không được chăm sóc tại các nơi này trong 60 ngày liên tục. Nếu quý vị nhập viện sau khi thời gian hưởng phúc lợi chấm dứt, một thời gian mới hưởng phúc lợi bắt đầu. Quý vị không bị hạn chế về số lần được hưởng phúc lợi.</p>	<p>Chương trình dài hạn 90 ngày cho mỗi chu kỳ phúc lợi y tế.</p> <p>Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, bác sĩ của quý vị phải báo cho chương trình là quý vị sẽ được nhập viện.</p>
<p>4 – Dịch Vụ Sản Súc Nội Trú Về Tâm Thần</p>	<p>Quý vị trả phần tiền khấu trừ và phụ phí giống như trường hợp dịch vụ sản súc nội trú (xin xem phần “Dịch Vụ Sản Súc Nội Chấn” ở phần trên)</p> <p>Tối đa là 190 ngày nằm tại bệnh viện tâm thần.</p>	<p>Trong Hệ Thống</p> <p>\$0 tiền khấu trừ hằng năm*</p> <p>\$0 tiền phụ phí*</p> <p>Quý vị được tối đa là 190 ngày nằm tại bệnh viện tâm thần trong suốt cuộc đời.</p> <p>Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu, bác sĩ của quý vị</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
<p>5 – Dịch Vụ Săn Sóc tại Viện Điều Dưỡng Chuyên Môn</p> <p>(Viện điều dưỡng chuyên môn phải được Medicare chứng nhận.)</p>	<p>Trong năm 2010 chi phí cho mỗi chu kỳ phúc lợi y tế sau ít nhất 3 ngày nằm bệnh viện là:</p> <p>Từ 1 đến 20 ngày: \$0 cho mỗi ngày*</p> <p>Từ 21 đến 100 ngày: \$0 mỗi ngày</p> <p>Tối đa là 100 ngày cho mỗi chu kỳ phúc lợi y tế. Thời gian hưởng phúc lợi bắt đầu ngày quý vị vào bệnh viện hoặc đến viện điều dưỡng chuyên môn. Thời gian hưởng phúc lợi kết thúc khi quý vị không được chăm sóc trong 60 ngày liên tục tại các nơi này. Nếu quý vị nhập viện sau khi thời gian hưởng phúc lợi chấm dứt, một thời gian mới hưởng phúc lợi bắt đầu. Quý vị không bị hạn chế về số lần được hưởng phúc lợi.</p>	<p>phải báo cho chương trình là quý vị sẽ được nhập viện.</p> <p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền khấu trừ hằng năm* \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ chăm sóc tại viện điều dưỡng chuyên môn*</p> <p>Chương trình đài thọ tối đa là 100 ngày cho mỗi chu kỳ phúc lợi y tế.</p> <p>Không bắt buộc phải nằm bệnh viện trước.</p>
<p>6 – Dịch Vụ Săn Sóc Tại Gia (Bao gồm sự chăm sóc liên tục ở các viện điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ y tế tại gia, và dịch vụ phục hồi chức năng v.v...)</p>	<p>\$0 tiền phụ phí</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong hệ thống \$0 tiền phụ phí cho những buổi săn sóc tại gia được Medicare đài thọ.*</p>
<p>7 – Săn Sóc Người Bệnh</p>	<p>Quý vị chi trả một phần chi</p>	<p>Thông Thường</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
Nặng ở Giai Đoạn Cuối	<p>phí thuốc cho bệnh nhân ngoại chẩn.</p> <p>Quý vị phải được săn sóc bởi một chương trình chăm sóc bệnh nặng ở giai đoạn cuối được Medicare chấp thuận.</p>	<p>Quý vị phải được săn sóc bởi một chương trình chăm sóc bệnh nặng ở giai đoạn cuối được Medicare chấp thuận.</p>
SĂN SÓC NGOẠI CHẨN		
8 – Khám bệnh tại Văn Phòng Bác Sĩ	0% phần lệ phí đồng trả (coinsurance)	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho mỗi lần đi khám tại văn phòng bác sĩ gia đình cho những dịch vụ được Medicare đài thọ*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho mỗi lần khám tại các trung tâm chăm sóc khẩn cấp trong hệ thống cho những dịch vụ được Medicare đài thọ*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho mỗi lần khám tại văn phòng bác sĩ chuyên khoa cho những dịch vụ được Medicare đài thọ*</p>
9 – Dịch Vụ Chỉnh Xương	<p>Dịch vụ chăm sóc định kỳ không được đài thọ.</p> <p>0% phần lệ phí đồng trả cho dịch vụ chỉnh cột xương sống để chữa trị trật khớp nhẹ (Subluxation) bởi bác sĩ chỉnh xương (Chiropractors) hoặc các nhà cung cấp dịch</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ được Medicare đài thọ.*</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	vụ chuyên nghiệp khác.	Medicare đài thọ những buổi khám bệnh với bác sĩ chỉnh xương cho các dịch vụ chỉnh cột xương sống để chữa trị trật khớp nhẹ hoặc chỉnh những khớp xương hoặc bộ phận cơ thể để vào đúng khớp.
10 – Dịch Vụ Săn Sóc Bàn Chân	<p>Dịch vụ chăm sóc định kỳ không được đài thọ.</p> <p>0% phần lệ phí đồng trả cho sự săn sóc cần thiết theo phương diện y khoa bao gồm săn sóc cho các tình trạng bệnh ảnh hưởng đến phần dưới của cơ thể.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ về bàn chân được Medicare đài thọ.*</p> <p>0% tiền chi phí lên đến 12 buổi khám định kỳ mỗi năm.</p> <p>Dịch vụ săn sóc bàn chân được Medicare đài thọ dựa trên sự cần thiết về mặt y khoa.</p>
11 – Dịch Vụ Săn Sóc Bệnh Tâm Thần Ngoại Trú	0% phần lệ phí đồng trả cho hầu hết các dịch vụ săn sóc bệnh tâm thần ngoại trú.	<p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những buổi khám bệnh tâm thần được Medicare đài thọ.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những buổi khám bệnh tâm thần với bác sĩ tâm thần được Medicare đài thọ.*</p>
12 – Dịch Vụ Săn Sóc Ngoại Chẩn Cho Bệnh Nhân Lạm Dụng Rượu và Thuốc.	0% phần lệ phí đồng trả	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
		\$0 tiền phụ phí cho những buổi khám được Medicare đài thọ.*
13 – Dịch Vụ Ngoại Chấn/Giải Phẫu	0% phần lệ phí đồng trả cho chi phí bác sĩ 0% trên số chi phí văn phòng ngoại trú.	Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng. Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những buổi giải phẫu tại trung tâm giải phẫu ngoại chấn được Medicare đài thọ.* \$0 tiền phụ phí cho những buổi giải phẫu ngoại chấn tại bệnh viện được Medicare đài thọ.*
14 – Dịch Vụ Cứu Thương (Dịch vụ cứu thương cần thiết về mặt y khoa)	0% phần lệ phí đồng trả	Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng. Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ cứu thương được Medicare đài thọ.*
15 – Dịch Vụ Sản Súc Cấp Cứu (Quý vị có thể đến bất cứ phòng cấp cứu nào, nếu quý vị cảm thấy cần được sản sóc ngay lập tức).	0% phần lệ phí đồng trả cho chi phí của bác sĩ. 0% cho các chi phí của trung tâm cung cấp dịch vụ hoặc 0% cho các chi phí được ấn định cho mỗi buổi khám tại phòng cấp cứu. Quý vị không cần trả tiền phụ phí cho buổi khám tại phòng cấp cứu nếu quý vị	Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những buổi khám tại phòng cấp cứu được Medicare đài thọ.* Tối đa là \$5,000 mỗi năm cho các dịch vụ cấp cứu ngoài Hoa Kỳ. Nếu quý vị được nhập viện cho cùng bệnh trạng trong vòng 3 ngày sau khi khám tại

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>được nhập viện cho cùng bệnh trạng trong vòng 3 ngày khám tại phòng cấp cứu.</p> <p>KHÔNG đài thọ ở ngoài Hoa Kỳ trừ khi là trường hợp đặc biệt.</p>	<p>phòng cấp cứu, quý vị trả \$0 cho buổi khám tại phòng cấp cứu.</p>
<p>16 – Dịch Vụ Sản Sóc Khẩn Cấp</p> <p>(KHÔNG phải là trường hợp cấp cứu, và phần lớn là ngoài vùng phục vụ).</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p> <p>KHÔNG đài thọ ngoài Hoa Kỳ trừ khi là trường hợp đặc biệt</p>	<p>Thông Thường</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những buổi khám tại trung tâm sản sóc khẩn cấp được Medicare đài thọ.*</p>
<p>17 – Dịch Vụ Cho Bệnh Nhân Phục Hồi Ngoại Trú</p> <p>(Trị liệu bệnh có liên quan đến kỹ năng hoặc nghề nghiệp, vật lý trị liệu, phát âm trị liệu)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p>	<p>Thông Thường</p> <p>Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho mỗi lần trị liệu bệnh có liên quan đến kỹ năng được Medicare đài thọ.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho mỗi lần đi vật lý trị liệu và/ hoặc phát âm trị liệu được Medicare đài thọ.*</p>
DỊCH VỤ SẢN SÓC NGOẠI CHẨN VÀ THIẾT BỊ Y TẾ		
<p>18 – Trang Thiết Bị Y Khoa Bền Bỉ</p> <p>(Bao gồm xe lăn, bình dưỡng khí, v.v...)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p>	<p>Thông Thường</p> <p>Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những vật dụng được Medicare đài thọ.*</p>
<p>19 – Dụng Cụ Cho Bộ Phận</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p>	<p>Thông Thường</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
<p>Giả (Bao gồm nẹp, chân tay nhân tạo và mắt, v.v...)</p>		<p>Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những vật dụng được Medicare đài thọ.*</p>
<p>20 – Chương Trình Hướng Dẫn Tự Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường, Chương Trình Dinh Dưỡng và Dụng Cụ cho Bệnh Tiểu Đường</p> <p>(bao gồm máy theo dõi đường glucose, giấy thử, kim chích, các xét nghiệm và chương trình hướng dẫn tự kiểm soát bệnh)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p> <p>Chương Trình Dinh Dưỡng dành cho các thành viên mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận (nhưng không bị lọc máu hoặc thay ghép bộ phận thận) khi được bác sĩ giới thiệu. Các dịch vụ này có thể do một chuyên viên dinh dưỡng hướng dẫn hoặc bao gồm một xét nghiệm về chế độ ăn uống và hướng dẫn cách ăn uống để giúp quý vị kiểm soát được bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho chương trình tự kiểm soát bệnh tiểu đường.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những buổi hướng dẫn cách dinh dưỡng cho người bị bệnh tiểu đường.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho mỗi dụng cụ cho bệnh tiểu đường.*</p>
<p>21 – Thử Nghiệm Để Chẩn Bệnh, Quang Tuyến X, và Các Dịch Vụ Phòng Thí Nghiệm và Phòng Chụp Quang Tuyến</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho những thử nghiệm để chẩn bệnh và chụp quang tuyến X</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ phòng thí nghiệm được Medicare đài thọ.</p> <p>Các dịch vụ tại phòng thí nghiệm: Medicare đài thọ các dịch vụ tại phòng thí nghiệm để chẩn bệnh dựa trên sự cần thiết về mặt y khoa được yêu cầu bởi bác sĩ chữa trị của quý vị và được</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ được Medicare đài thọ như:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dịch vụ tại phòng thí nghiệm* ▪ Các buổi khám nghiệm để định bệnh và xét nghiệm* ▪ Chụp quang tuyến X*

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>cung cấp bởi phòng thí nghiệm trong hệ thống Medicare và có giấy chứng chỉ hành nghề từ Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). Dịch vụ tại phòng thí nghiệm để chẩn bệnh nhằm giúp cho bác sĩ của quý vị chẩn bệnh hoặc bỏ đi những nghi vấn về một căn bệnh hoặc một tình trạng bệnh nào đó. Medicare không đòi hỏi cho hầu hết các xét nghiệm như kiểm soát lượng mỡ trong máu của quý vị.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dịch vụ quang tuyến để chẩn bệnh (không bao gồm quang tuyến X).* ▪ Những dịch vụ quang tuyến để chữa trị*
CÁC DỊCH VỤ PHÒNG NGỪA		
<p>22. Đo Độ Rỗng Xương</p> <p>(Cho người có Medicare trên 50 tuổi có nguy cơ bị bệnh xốp xương)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p> <p>Được đòi hỏi mỗi 24 tháng (được đòi hỏi thường xuyên hơn nếu có sự cần thiết về mặt y khoa) nếu quý vị hội đủ một số tình trạng bệnh.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ đo độ rỗng xương được Medicare đòi hỏi.*</p>
<p>23. Thử Nghiệm Để Tìm Bệnh Ung Thư Ruột Già (Colorectal Screening Exams)</p> <p>(Cho người thụ hưởng Medicare từ 50 tuổi trở lên)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p> <p>Được đòi hỏi khi quý vị có nguy cơ bị mắc bệnh hoặc quý vị từ 50 tuổi trở lên.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ xét nghiệm ruột già được Medicare đòi hỏi.*</p>
<p>24. Chủng Ngừa (Chích ngừa cúm, chích ngừa Viêm Gan B-dành cho các thành viên thụ hưởng)</p>	<p>\$0 tiền phụ phí cho chích ngừa cảm cúm (Flu) và viêm phổi (Pneumonia)</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
Medicare có nguy cơ bị bệnh, chích ngừa viêm phổi)	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho chủng ngừa Viêm Gan B.</p> <p>Quý vị chỉ cần chủng ngừa viêm phổi một lần trong đời. Xin liên lạc bác sĩ của quý vị để biết thêm chi tiết.</p>	<p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho chủng ngừa cúm và viêm phổi.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho chủng ngừa Viêm Gan B.*</p> <p>Không cần giấy giới thiệu cho chích ngừa cúm và viêm phổi.</p>
<p>25. Chụp Quang Tuyến Vú (Chụp mỗi năm)</p> <p>(Dành cho phụ nữ có Medicare từ 40 tuổi trở lên.)</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả</p> <p>Không cần giấy giới thiệu.</p> <p>Được đài thọ một năm một lần cho các quý vị từ 40 tuổi trở lên. Lần chụp quang tuyến vú đầu tiên được đài thọ cho quý bà từ 35 đến 39 tuổi đang thụ hưởng Medicare.</p>	<p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ chụp quang tuyến được Medicare đài thọ.*</p>
<p>26 – Phương Pháp Lấy Tế Bào Ở Cổ Tử Cung Để Truy Tầm Ung Thư (Pap Smears) và Khám Vùng Xương Chậu</p> <p>(Cho phụ nữ có Medicare)</p>	<p>\$0 tiền phụ phí cho dịch vụ lấy tế bào ở cổ tử cung để truy tầm ung thư</p> <p>Được đài thọ mỗi 2 năm. Đài thọ một năm một lần cho những phụ nữ thụ hưởng Medicare có nguy cơ mắc bệnh.</p> <p>0% phần lệ phí đồng trả cho dịch vụ khám vùng xương chậu</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ lấy tế bào ở tử cung để truy tầm ung thư và khám vùng xương chậu được Medicare đài thọ.*</p>
<p>27 – Khám Nghiệm Truy Tìm Bệnh Ung Thư Nhiếp Hộ Tuyến</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho dịch vụ thử nghiệm qua hậu môn bằng điện tử</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
(Cho nam giới có Medicare từ 50 tuổi trở lên)	<p>\$0 cho dịch vụ xét nghiệm PSA; 0% phần lệ phí đồng trả cho những dịch vụ khác</p> <p>Được đài thọ mỗi năm một lần cho quý vị trên 50 tuổi thụ hưởng Medicare.</p>	<p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ khám nghiệm để truy tìm ung thư nhiếp hộ tuyến do Medicare đài thọ.*</p>
28- Dịch Vụ cho Thành Viên Bị Bệnh Thận Ở Giai Đoạn Cuối	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho dịch vụ lọc thận</p> <p>0% tiền lệ phí đồng trả cho các Chương Trình Dinh Dưỡng cho các bệnh nhân bị bệnh thận ở giai đoạn cuối.</p> <p>Chương Trình Dinh Dưỡng dành cho các thành viên mắc bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận (nhưng không bị lọc máu hoặc thay ghép bộ phận thận) khi được bác sĩ giới thiệu. Các dịch vụ này có thể do một chuyên viên dinh dưỡng hướng dẫn và bao gồm một xét nghiệm về chế độ ăn uống và cách ăn uống để giúp quý vị kiểm soát được bệnh tiểu đường hoặc bệnh thận.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho dịch vụ lọc thận ngoài khu vực.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những chương trình dinh dưỡng cho bệnh thận.*</p>
29-Dịch Vụ Mua Thuốc Theo Toa	<p>Hầu hết các loại thuốc đều không được Bảo Hiểm Medicare đài thọ. Quý vị có thể ghi danh vào chương trình đài thọ thuốc cùng với chương trình Original Medicare bằng cách ghi danh vào một Chương Trình Mua Thuốc Theo Toa), hoặc</p>	<p>Thuốc theo toa được đài thọ qua Medicare Phần B</p> <p>Thông Thường \$0 tiền khấu trừ hằng năm cho thuốc theo toa Medicare phần B được đài thọ.*</p> <p>Thuốc Đài Thọ Theo Toa</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>quý vị có thể nhận sự đài thọ của Medicare, chương trình thuốc theo toa bằng cách tham gia vào chương trình Medicare Advantage hoặc vào chương trình Medicare Cost Plan cung cấp thuốc theo toa.</p>	<p>qua Medicare Phần D</p> <p>Thông Thường Chương trình này có danh sách thuốc theo toa được đài thọ và sẽ gửi đến quý vị. Quý vị cũng có thể tham khảo danh sách cập nhật qua trang mạng điện toán của chúng tôi tại địa chỉ http://www.caloptima.org/onecare/index.asp?content=pharmacy</p> <p>Số tiền tự trả (out-of-pocket) khác nhau có thể được áp dụng cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ quý vị có mức lợi tức giới hạn ▪ sống tại các trung tâm chăm sóc dài hạn, hoặc ▪ nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Trung Tâm Y Tế Người Thổ Dân. <p>Chương trình đài thọ thuốc theo toa lấy tại các nhà thuốc trong hệ thống toàn quốc (trên khắp 50 tiểu bang và Washington D.C). Điều này có nghĩa là quý vị sẽ cùng trả một số tiền cho thuốc theo toa nếu quý vị lấy từ một nhà thuốc trong hệ thống và bên ngoài vùng phục vụ của chương trình (thí dụ khi quý vị đi du lịch).</p> <p>Tổng số tiền chi phí thuốc hằng năm là số tiền được trả</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
		<p>bởi quý vị, chương trình và Medicare.</p> <p>Chương trình có thể yêu cầu quý vị thử một loại thuốc điều trị căn bệnh của quý vị trước khi chương trình đài thọ cho một loại thuốc khác cho cùng một bệnh trạng.</p> <p>Một số thuốc có sự giới hạn về số lượng.</p> <p>Nhà cung cấp phải xin phép OneCare – HMO trước cho một số thuốc.</p> <p>Quý vị phải đến các nhà thuốc được ấn định cho một số thuốc giới hạn vì các loại thuốc đòi hỏi cách chuyên chở đặc biệt, cần được phối hợp với nhà cung cấp dịch vụ, hoặc cần được sự chỉ dẫn mà những nhà thuốc trong hệ thống không thể đáp ứng được nhu cầu này. Danh sách này được liệt kê trên trang nhà của chương trình, trong danh sách thuốc được đài thọ, và trong các tài liệu được in ra và trong phương tiện tìm Chương Trình Thuốc Theo Toa của Medicare trên mạng lưới điện toán Medicare.gov.</p> <p>Nếu chi phí thật sự của thuốc ít hơn số tiền phụ phí của loại thuốc đó, quý vị sẽ trả tiền chi phí thật của thuốc</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
		<p>chứ không phải trả tiền phụ phí cao hơn.</p> <p>Nếu quý vị yêu cầu một trường hợp ngoại lệ cho danh sách thuốc theo toa và OneCare – HMO đã chấp thuận trường hợp ngoại lệ đó, quý vị sẽ trả tiền chia sẻ phí tổn theo Bậc 1 và Bậc 2 cho thuốc đó.</p> <p>Trong Hệ Thống Quý vị trả \$0 tiền khấu trừ hằng năm.</p> <p>Sự Đãi Thọ Đầu Tiên Tùy theo mức lợi tức và tình trạng cư ngụ của quý vị, quý vị phải trả như sau: Cho thuốc tương đương (bao gồm thuốc chính hiệu được coi là thuốc tương đương),</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 tiền phụ phí <p>Cho tất cả các loại thuốc khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 tiền phụ phí; hoặc • \$3.30 tiền phụ phí; hoặc • \$6.30 tiền phụ phí <p>Tổng số tiền tối đa của thuốc mà sau đó quý vị không cần trả tiền phụ phí</p> <p>Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc hằng năm của quý vị lên đến \$4,550 thì tiền phụ phí của quý vị sẽ là \$0.</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
		<p>Ngoài Hệ Thống Thuốc được đài thọ trong chương trình có thể được đài thọ trong trường hợp đặc biệt, thí dụ, mắc bệnh khi đang đi du lịch ngoài vùng phục vụ của chương trình mà không có một nhà thuốc trong hệ thống. Quý vị có thể trả nhiều tiền phụ phí hơn nếu quý vị lấy thuốc tại nhà thuốc không thuộc hệ thống. Thêm vào đó, quý vị có thể sẽ phải trả đầy đủ số tiền thuốc cho nhà thuốc trước và sau đó yêu cầu OneCare - HMO hoàn trả lại số tiền này.</p> <p>Sự Đài Thọ Đầu Tiên Khi ở Ngoài Hệ Thống Tùy theo mức lợi tức và tình trạng cư ngụ của quý vị, quý vị sẽ được OneCare – HMO hoàn trả lại số tiền thuốc sau khi trừ những chi phí như sau:</p> <p>Cho thuốc tương đương (bao gồm thuốc chính hiệu được coi là thuốc tương đương),</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 tiền phụ phí <p>Cho tất cả các loại thuốc khác:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 tiền phụ phí; hoặc • \$3.30 tiền phụ phí; hoặc • \$6.30 tiền phụ phí <p>Sự Đài Thọ Sau Khi Quý Vị Vượt qua Mức Đài Thọ Đầu</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
		<p>Tiên Khi Ở Ngoài Hệ Thống Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc lên đến \$ 4,550, quý vị sẽ được hoàn trả lại đầy đủ chi phí thuốc mà quý vị trả khi mua tại nhà thuốc không thuộc hệ thống.</p>
30- Dịch Vụ Nha Khoa	<p>Dịch vụ nha khoa phòng ngừa (thí dụ rửa răng) không được đài thọ.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho những dịch vụ nha khoa phòng ngừa sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lên đến 2 lần khám hàm miệng hằng năm ▪ lên đến 2 lần rửa răng hằng năm ▪ lên đến 2 lần điều trị thuốc fluoride mỗi năm ▪ lên đến 1 lần chụp hình quang tuyến X mỗi năm <p>Chương trình cung cấp thêm các dịch vụ nha khoa toàn diện.</p>
31- Dịch Vụ Thính Giác	<p>Dịch vụ khám nghiệm thính giác định kỳ và làm máy trợ thính không được đài thọ.</p> <p>0% phần lệ phí đồng trả cho</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>dịch vụ khám nghiệm thính giác.</p>	<p>Nói chung, khám nghiệm thính giác định kỳ và máy trợ thính không được đài thọ.</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho dịch vụ khám nghiệm thính giác được Medicare đài thọ.*</p>
<p>32–Dịch Vụ Nhãn Khoa</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho dịch vụ chẩn bệnh và chữa trị các chứng bệnh và tình trạng của mắt.</p> <p>Khám mắt định kỳ và mắt kính không được đài thọ</p> <p>Medicare đài thọ cho một cặp mắt kính hoặc kính sát tròng sau mỗi lần mổ mắt cườm.</p> <p>Khám mắt định kỳ cho những bệnh nhân đang có nguy cơ mắc bệnh áp suất cao trong mắt (Glaucoma Screenings) cũng được đài thọ cho các bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí cho dịch vụ chẩn bệnh và chữa trị các bệnh và tình trạng của mắt.*</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho một cặp mắt kính đeo hoặc kính sát tròng sau mỗi lần mổ mắt cườm.*</p> <p>0% tiền lệ phí cho 1 lần khám mắt định kỳ mỗi năm.</p> <p>0% tiền lệ phí cho mỗi cặp mắt kính mỗi hai năm</p> <p>0% tiền lệ phí cho một cặp mắt kính mỗi hai năm HOẶC 0% tiền lệ phí cho kính sát tròng mỗi hai năm</p> <p>Giới hạn \$100 cho vật dụng đeo mắt mỗi 2 năm.</p>
<p>33- Khám Sức Khỏe Tổng Quát</p>	<p>0% phần lệ phí đồng trả cho một lần khám tổng quát trong vòng 12 tháng đầu tiên quý vị thụ hưởng Medicare</p>	<p>Trong Hệ Thống Khi có Medicare Phần B, quý vị có thể được khám sức khỏe tổng quát một lần trong</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
	<p>phần B.</p> <p>Khi quý vị có Medicare Phần B, quý vị có thể khám sức khỏe tổng quát một lần trong vòng 12 tháng đầu tiên của bảo hiểm phần B mới này. Sự đài thọ này không bao gồm các xét nghiệm</p>	<p>vòng 12 tháng đầu tiên của bảo hiểm phần B mới này. Sự đài thọ này không bao gồm các xét nghiệm.</p> <p>Khám nghiệm định kỳ không được đài thọ.</p> <p>\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được Medicare đài thọ.*</p>
<p>Chương Trình Giáo Dục Sức Khỏe / Sự Lành Mạnh</p>	<p>Cai thuốc lá: được đài thọ nếu do bác sĩ yêu cầu. Sự đài thọ bao gồm 2 lần cố vấn trong vòng 12 tháng nếu quý vị bị bệnh liên quan đến thuốc lá hoặc đang uống thuốc có thể bị ảnh hưởng của thuốc. Mỗi buổi cố vấn có thể lên đến 4 lần khám bệnh tại văn phòng. Quý vị trả số tiền đồng trả và tiền khấu trừ Phần B.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống Chương trình đài thọ cho những dịch vụ dưới đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Các thông tin giáo dục về sức khỏe bao gồm bản tin của chương trình ▪ Hướng dẫn cách ăn uống dinh dưỡng ▪ Cai thuốc lá ▪ Các chương trình giúp quý vị được khỏe mạnh <p>\$0 tiền phụ phí cho các lớp hướng dẫn/cố vấn cai thuốc lá được Medicare đài thọ.*</p>
<p>Dịch Vụ Chuyên Chở (Định Kỳ)</p>	<p>Không đài thọ.</p>	<p>Thông Thường Sự xin phép trước có thể được áp dụng.</p> <p>Trong Hệ Thống \$0 tiền phụ phí lên đến 50 chuyến đi một chiều mỗi năm đến những nơi được chương trình đài thọ.</p>

Phân Loại Phúc Lợi	Original Medicare	OneCare - HMO
Dịch Vụ Chăm Cứu	Không được đài thọ.	Trong Hệ Thống Chương trình này không đài thọ dịch vụ chăm cứu.

Phần III. Thông Tin Quan Trọng về Chương Trình

Nhiệm Vụ của Chúng Tôi

Từ năm 1995, sứ mệnh của CalOptima là “cung ứng các dịch vụ y tế đầy đủ phẩm chất cho thành viên với chi phí hữu hiệu và sự phục vụ nhiệt tình”. Với sự phát triển của OneCare - HMO, chúng tôi có thể mở rộng dịch vụ cho người thụ hưởng Medicare và Medi-Cal trong toàn quận Orange.

OneCare – HMO được thành lập trong tinh thần đáp ứng nhu cầu của quý vị. Chúng tôi cung ứng nhiều dịch vụ đa dạng như chăm sóc khi nhập viện, trả tiền thuốc theo toa, và chăm sóc thị giác – tất cả dịch vụ đều không phải đóng tiền (plan premium) và chỉ với một phụ phí (co-payment) rất nhỏ hoặc không có phụ phí.

Cộng Sự Viên OneCare – HMO

Phục vụ cho từng cá nhân là điều quý vị có thể mong đợi ở các “Cộng Sự Viên OneCare - HMO”. Các Cộng Sự Viên OneCare - HMO là những người đại diện tận tụy mà quý vị có thể liên lạc để đặt các câu hỏi tổng quát, như thay đổi Bác Sĩ Gia Đình, hoặc những sự giúp đỡ khi cần. Cộng Sự Viên OneCare – HMO là người đồng hành với quý vị trong hành trình chăm sóc sức khỏe.

Tôi được hưởng phúc lợi gì nếu tôi có Medi-Cal với chương trình chia sẻ phí tổn (Share of Cost - SOC) hoặc tôi hội đủ điều kiện là một người thụ hưởng Qualified Medicare Beneficiary (QMB), Specified Low -Income Beneficiary (SLMB) hoặc Qualifying Individual (QI-1)?

Nếu quý vị có Medi-Cal với chương trình Chia Sẻ Phí Tổn - Share of Cost (SOC), quý vị phải trả một số tiền hằng tháng cho những chi phí về y tế trước khi quý vị được Medi-Cal đài thọ. Quý vị sẽ không được Medi-Cal đài thọ trừ khi quý vị trả hết số tiền SOC hằng tháng theo quy định. Quý vị vẫn đủ điều kiện được hưởng phúc lợi Medicare qua chương trình OneCare - HMO. Nếu quý vị trả đủ tiền SOC vào tháng 7 năm 2009 hoặc những tháng sau đó, quý vị sẽ hội đủ điều kiện cho phúc lợi thuốc theo toa với tiền phụ phí là \$0 cho thuốc tương đương cho đến hết năm 2010. Cho thuốc chính hiệu, quý vị sẽ trả \$0 tiền phụ phí cho đến khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm lên đến \$2,000. Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc lên đến \$2,000, tiền phụ phí có thể lên đến \$6.30 tùy theo mức lợi tức của quý vị. Nếu quý vị trả đủ tiền SOC hằng tháng trong năm 2010, quý vị sẽ hội đủ điều kiện thụ hưởng \$0 tiền phụ phí cho thuốc tương

đương và thuốc chính hiệu sau tháng mà quý vị trả đủ tiền SOC cho đến hết năm lịch. Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm lên đến \$2,000, tiền phụ phí có thể lên đến \$6.30 cho thuốc chính hiệu cho đến hết năm lịch. Hóa đơn cho dịch vụ của Medi-Cal, thí dụ như vật dụng cho người tiểu tiện bất thường, sẽ được quyết định từng tháng một, tùy thuộc vào việc trả tiền theo đúng tiêu chuẩn SOC của tháng đó hay chưa.

Nếu quý vị đủ điều kiện cho chương trình QMB, SLMB, hoặc QI, nhưng không đủ điều kiện hoàn toàn cho phúc lợi của Medi-Cal, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện gia nhập OneCare - HMO.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi gì về phúc lợi y tế hoặc phí tổn của chương trình này, xin liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ OneCare – HMO tại số điện thoại miễn phí 1-877-412-2734, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Những tin tức thêm vào cho phúc lợi OneCare - HMO:

Chương Trình OneCare - HMO mang đến quý vị nhiều phúc lợi y tế, một số phúc lợi đó được giải thích sau đây:

Tất cả các thành viên OneCare - HMO sẽ hưởng được các phúc lợi sau đây:

Phúc Lợi	Chi Tiết
Khám Tổng Quát	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 cho mỗi lần khám tổng quát hằng năm hoặc tùy theo nhu cầu y tế của quý vị.
Lệ Phí Bảo Hiểm Phần B (Part B premium)	<ul style="list-style-type: none">• Lệ phí được trả bởi Tiểu Bang - quý vị không phải trả lệ phí này.
Dịch Vụ Săn Sóc Nội Chấn	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 cho các dịch vụ khi nằm bệnh viện dựa trên nhu cầu y tế của quý vị và được chấp thuận bởi OneCare – HMO hoặc Nhóm Y Tế của quý vị.
Khám Bệnh với Bác Sĩ	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 cho mỗi lần khám bệnh với Bác Sĩ Gia Đình (PCP) hoặc bác sĩ chuyên môn kể cả khám bệnh tâm thần.
Khám Bệnh về Bàn Chân	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 cho các buổi khám bệnh lên đến 12 lần một năm cho các buổi khám bệnh về bàn chân định kỳ.
Đài Thọ Thuốc Theo Toa Bác Sĩ	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 cho thuốc tương đương (bao gồm thuốc chính hiệu được liệt kê thành thuốc tương đương) cho đến khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm (được trả bởi quý vị và OneCare - HMO) lên đến \$2,000.
	<ul style="list-style-type: none">• Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm lên đến \$2,000, quý vị trả \$0 cho tiền phụ phí (bao gồm thuốc chính hiệu được liệt kê thành thuốc tương đương).
	<ul style="list-style-type: none">• Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm (được trả bởi quý vị hoặc người khác đại diện trả cho quý vị và bất cứ sự giúp đỡ nào từ Medicare), lên đến \$4,550, quý vị sẽ trả \$0 tiền phụ phí cho thuốc tương đương.
	<ul style="list-style-type: none">• Quý vị trả \$0 tiền phụ phí cho thuốc chính hiệu trước khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm (được trả bởi quý vị

	<p>và OneCare) lên đến \$2,000.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sau khi tổng số tiền chi phí thuốc trong năm lên đến \$2,000 và cho đến lúc số chi phí tự trả cho thuốc lên đến \$4,550, quý vị trả \$3.30 hoặc \$6.30 tiền phụ phí cho thuốc chính hiệu dựa trên mức lợi tức hàng năm của quý vị. Sau khi tổng số tiền chi phí tự trả cho thuốc (được trả bởi quý vị hoặc người khác đại diện trả cho quý vị và bất cứ sự giúp đỡ nào từ Medicare), lên đến \$4,550, quý vị trả \$0 tiền phụ phí cho thuốc chính hiệu. <p>Điều kiện tùy theo mức lợi tức. Không có sự giới hạn cho các loại thuốc tương đương hoặc thuốc chính hiệu trong năm. Hãy liên lạc Cộng Sự Viên OneCare – HMO hoặc Văn Phòng Dịch Vụ để biết thêm chi tiết.</p>
Dịch Vụ Cấp Cứu Đài Thọ Trên Khắp Thế Giới Cho Dịch Vụ Y Tế	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị trả \$0 cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu tối đa là \$5,000 trên toàn thế giới.
Dịch Vụ Chuyên Chở Y Tế	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị trả \$0 cho những dịch vụ chuyên chở khám bác sĩ lên đến 50 chuyến đi một chiều trong vùng phục vụ của OneCare – HMO trong Quận Orange.
Dịch Vụ Nhãn Khoa- Mắt Kính	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị trả \$0 cho gọng kính trị giá \$100 cho mỗi hai (2) năm HOẶC quý vị trả \$0 cho kính sát tròng trị giá \$100 cho mỗi hai (2) năm.
Dịch Vụ Nha Khoa	<ul style="list-style-type: none"> Quý vị trả \$0 cho các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ. Dịch vụ nha khoa được đài thọ bao gồm khám răng miệng, tối đa là 2 lần một năm, tối đa là 2 lần rửa răng một năm, tối đa là 2 lần điều trị bằng fluoride một năm, và tối đa là 1 lần chụp quang tuyến nguyên hàm cho mỗi ba năm. Chương trình cũng cung cấp thêm các dịch vụ nha khoa toàn diện khác.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi gì liên quan đến phúc lợi chương trình hoặc chi phí, xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ OneCare – HMO tại số điện thoại miễn phí 1-877-412-2734, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD nên gọi số 1-714-246-8496.

Ghi danh vào OneCare

Để trở thành thành viên của OneCare - HMO, quý vị cần phải có Medi-Cal và Medicare phần A và phần B. Quý vị phải cư ngụ trong vùng cung cấp dịch vụ và sử dụng những người/nơi cung cấp có hợp đồng cho tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ.

Phần IV: Các Phúc Lợi Được Đòi Thò Cho Thành Viên Thụ Hưởng Medicare Và Medicaid

TIỂU BANG CALIFORNIA CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL) CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-CAID		
Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
1. Dịch vụ nội chẩn tại bệnh viện	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
2. Dịch vụ ngoại chẩn tại bệnh viện	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
3. Dịch vụ tại các trung tâm y tế vùng nông thôn	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
4. Dịch vụ tại các trung tâm y tế được liên bang chứng nhận	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
5. Dịch vụ thử nghiệm	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
6. Chụp quang tuyến X	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare
7. Dịch vụ tại các trung tâm điều dưỡng chuyên môn cho thành viên trên 21 tuổi- chăm sóc cấp tính	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đòi thò	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đòi thò cho các thành viên của OneCare

**TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-
CAID**

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
8. Dịch vụ tại các trung tâm chăm sóc trẻ em cho các thành viên dưới 21 – các dịch vụ chăm sóc cho bệnh cấp tính (dịch vụ xét nghiệm sớm và định kỳ, chẩn đoán, và chữa trị)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	Không phải là phúc lợi qua chương trình OneCare
9. Dịch vụ và vật dụng kế hoạch hóa gia đình	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
10. Dịch vụ khám bác sĩ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
11. Dịch vụ nha khoa y tế và giải phẫu	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
12. Dịch vụ khám các bệnh về mắt	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
13. Dịch vụ về bàn chân**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
14. Dịch vụ nhãn khoa**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
15. Dịch vụ chỉnh xương**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-CAID

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
16. Dịch vụ về tâm thần**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
17. Dịch vụ gây mê do y tá thực hiện	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
18. Dịch vụ làm mắt kính**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
19. Vật dụng y tế (bao gồm kem và thuốc rửa cho bệnh nhân tiểu tiện bất thường) (chỉ có kem và thuốc rửa) **	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
20. Trang thiết bị y khoa bền bỉ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
21. Máy trợ thính	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
22. Dinh dưỡng bằng chất lỏng	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
23. Dịch vụ chăm cứu**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	Không phải là phúc lợi qua chương trình OneCare

**TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-
CAID**

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
24. Dịch vụ do người đỡ đần có chứng chỉ cung cấp	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
25. Dịch vụ chăm sóc tại gia qua công ty chăm sóc tại gia (bao gồm dịch vụ do y tá và y tá phụ cung cấp, vật lý trị liệu và trị liệu bệnh do nghề nghiệp gây ra, phát âm trị liệu, và dịch vụ thính giác, chăm sóc tại gia và dịch vụ chăm sóc bị gián đoạn, sự chăm sóc do nhân viên chăm sóc tại gia cung cấp, các vật dụng y khoa, dụng cụ và các dụng cụ trong nhà)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
26. Vật lý trị liệu và các dịch vụ có liên quan	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
27. Trung tâm phục hồi	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
28. Chăm sóc cá nhân (chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-CAID

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
29. Trung tâm y tế (trung tâm ngoại chấn, trung tâm chăm sóc sức khỏe của Người Da Đỏ, trung tâm sản phụ, trung tâm giải phẫu ngoại chấn)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
30. Dịch vụ nha khoa**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
31. Dịch vụ trị liệu bệnh có liên quan đến kỹ năng hoặc nghề nghiệp	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
32. Bệnh về phát âm/phát âm trị liệu**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
33. Dịch vụ thính giác**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
34. Dịch vụ thuốc và thuốc theo toa	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
35. Dịch vụ làm răng giả**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
36. Dịch vụ làm bộ phận giả (được thiết kế theo nhu cầu cá nhân), mắt giả	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

**TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-
CAID**

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
37. Mắt kính, và những vật dụng về mắt khác**	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
38. Dịch vụ chăm sóc trước và sau khi sanh (dịch vụ phòng ngừa)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
39. Dịch vụ chăm sóc người lớn ban ngày	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
40. Dịch vụ lọc thận lâu dài	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
41. Dịch vụ phục hồi sức khỏe (Dịch vụ chăm sóc người lớn ban ngày, dịch vụ lọc thận lâu dài, sự giải độc ma túy, dịch vụ phục hồi bệnh tâm thần chương trình drug Medi-Cal, trung tâm phục hồi độc lập)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
42. Trung tâm cho bệnh tâm thần (cho thành viên dưới 21 tuổi và trên 65 tuổi, bao gồm chăm sóc bệnh tâm thần nội trú)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
43. Nhà ở của bệnh nhân khuyết tật có y tá chăm sóc (intermediate care facility)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-CAID

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
44. Y tá đỡ đẻ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
45. Chăm sóc cho người bệnh ở giai đoạn cuối	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
46. Dịch vụ thử vi trùng lao – TB	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
47. Dịch vụ trợ thở cho các bệnh nhân cần máy trợ khí hô hấp	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
48. Y tá gia đình có chứng chỉ kê toa	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
49. Dịch vụ chăm sóc tại gia và cộng đồng cho các cá nhân lớn tuổi bị bệnh (chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
50. Dịch vụ hỗ trợ cách sống trong cộng đồng (chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
51. Dịch vụ chăm sóc cá nhân	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

**TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-
CAID**

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
52. Dịch vụ chăm sóc chính tại bệnh viện nông thôn	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
53. Trung tâm chăm sóc không liên quan đến y khoa	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
54. Dịch vụ chăm sóc cấp cứu tại bệnh viện	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
55. Dịch vụ chuyên chở (Tiểu Bang cung cấp dịch vụ chuyên chở trong trường hợp cấp cứu hoặc không phải cấp cứu. Hội đủ tiêu chuẩn liên bang để bảo đảm dịch vụ chuyên chở cho các dịch vụ cần thiết về mặt y khoa)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
56. Dịch vụ điều trị tình trạng bệnh có thể ảnh hưởng đến phụ nữ và bào thai cho phụ nữ đang mang thai (Không nói rõ đây là một phúc lợi nhưng là một điều khoản do liên bang đưa ra)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
57. Dịch vụ cố vấn gia đình và hôn nhân (dịch vụ xét nghiệm sớm và định kỳ, chẩn đoán, và chữa trị và chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

TIỂU BANG CALIFORNIA
CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID (MEDI-CAL)
CÁC PHÚC LỢI CHO CÁC THÀNH VIÊN THỤ HƯỞNG MEDICARE VÀ MEDI-CAID

Phúc Lợi	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare – HMO
58. Dịch vụ cố vấn do cán sự xã hội có chứng chỉ cung cấp	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
59. Phối hợp dịch vụ (dịch vụ xét nghiệm sớm và định kỳ, chẩn đoán, và chữa trị và chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
60. Dịch vụ do y tá riêng cung cấp (dịch vụ xét nghiệm sớm và định kỳ, chẩn đoán, và chữa trị và chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
61. Dịch vụ do y tá cá nhân cung cấp (dịch vụ xét nghiệm sớm và định kỳ, chẩn đoán, và chữa trị và chỉ dành cho chương trình Medi-Cal waiver)	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare
62. Dịch vụ không liên quan đến y tế	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ do Medicaid đài thọ	\$0 tiền phụ phí cho các dịch vụ được đài thọ cho các thành viên của OneCare

** Gần đây, lập pháp đã ban hành Phần 14131.10 của Luật W&I loại trừ một số phúc lợi y tế được đài thọ qua Chương Trình Medi-Cal và có hiệu lực vào ngày 1 tháng 7 năm 2009. Những phúc lợi được nêu ra sẽ bị loại trừ trong sự đài thọ của Chương Trình Medi-Cal kể từ ngày 1 tháng 7 năm 2009. Luật cắt giảm phúc lợi sẽ không áp dụng cho những người thụ hưởng sau: 1) người thụ hưởng dưới 21 tuổi khi nhận dịch vụ dựa theo Chương Trình Dịch Vụ Xét Nghiệm Sớm và Định Kỳ, Chẩn Đoán, và Chữa Trị; 2) người thụ hưởng đang ở tại viện điều dưỡng chuyên môn (Các trung tâm nuôi dưỡng Cấp A và Cấp B bao gồm các trung tâm chăm sóc ngắn hạn; 3) người đang mang thai (những phúc lợi và dịch vụ liên quan đến sự mang thai; những phúc lợi và dịch vụ chữa trị tình trạng bệnh mà nếu không được chữa trị sẽ dẫn đến khó khăn trong quá trình mang thai); 4) người đang trong chương trình California Children's

Services; và 5) người đang trong chương trình Chăm Sóc Toàn Diện cho Người Cao Niên. Những hóa đơn cho những dịch vụ loại trừ này do nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ hợp y tế vẫn sẽ được thanh toán nếu gửi đi vào hoặc sau ngày 1 tháng 7 năm 2009. Nhưng, những hóa đơn này sẽ bị từ chối nếu nhà cung cấp dịch vụ không phải là một bác sĩ mà là một nhà cung cấp dịch vụ bị loại trừ. Quý vị có thể tìm thêm chi tiết về những phúc lợi và dịch vụ bị cắt giảm này trong điều luật mới qua trang nhà của California Department of Health Care Services tại www.dhcs.ca.gov.

