2019

Guía para Miembros

OneCare Connect Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

OneCare Connect
CalOptima
A Public Agency
Better. Together.

H8016_19MM004aTS_M

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Guía para Miembros

1 de enero de 2019 – 31 de diciembre de 2019

Su cobertura de salud y medicamentos de acuerdo con OneCare Connect

Introducción a la *Guía para Miembros*

Esta guía le informa acerca de su cobertura de acuerdo con OneCare Connect hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica los servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastornos de abuso de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta y los servicios y apoyo a largo plazo. Los servicios y el apoyo a largo plazo le ayudan a quedarse en su hogar en lugar de ir a un hogar para personas mayores o un hospital. Los servicios y el apoyo a largo plazo consisten en Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) y centros de enfermería (NF). Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

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

Este plan, Cal MediConnect, es ofrecido por CalOptima. Cuando esta *Guía para Miembros* dice “nosotros”, “nuestro” o “nos” se refiere a CalOptima. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a OneCare Connect.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call OneCare Connect at **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TDD/TTY users can call **1-800-735-2929** Customer Service. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla un idioma distinto al inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

H8016_19MM004aTS_M

CHÚ Ý: Nếu quý vị không nói tiếng Anh, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí.

توجه: اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. شما میتوانید طی 24 ساعت شبانه روز ودر 7 روز هفته با OneCare Connect با شماره تلفن **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY میتوانند با خدمات مشتریان از طریق شماره تلفن **1-800-735-2929** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

참고: 만약 영어가 아닌 다른 언어를 사용하신다면, 무료로 언어 도움 서비스를 받을수 있습니다. 번호 **1-855-705-8823** 으로 주7일 24시간 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 무료 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

注意：如果您講除英語以外的其它語言，您可以獲得免費的語言服務。請致電 **1-855-705-8823**，服務時間為每週7天，每天24小時。TDD/TTY 用戶可以撥打免費專線 **1-800-735-2929** 。該電話為免費。

ملاحظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة لك. اتصل على **1-855-705-8823** ، 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على الرقم المجاني **1-800-735-2929**. المكالمة مجانية.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como braille, letra grande y/o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita.

También puede solicitar recibir permanentemente los materiales en letra grande, braille, audio, español, vietnamita, coreano, árabe, chino o persa. Llame al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar gratuitamente al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita.

- OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a sus afiliados. Es un plan para los beneficiarios de Medicare y Medi-Cal.
- OneCare Connect cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
- La cobertura bajo el plan de OneCare Connect reúne los requisitos de cobertura esencial mínima (MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y Seguro Médico Accesible (ACA). Para más información, visite la página de Internet del Internal Revenue Service (IRS), en https://www.irs.gov/spanish/disposiciones-tributarias-de-la-ley-de-cuidado-de-salud-a-bajo-precio-para-personas-fisicas-y-familias.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Índice

Capítulo 1: Inicio como miembro 4

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes 16

Capítulo 3: ¿Cómo usar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos? 33

Capítulo 4: Tabla de beneficios 54

Capítulo 5: ¿Cómo obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan? 111

Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal 133

Capítulo 7: ¿Cómo pedir que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos? 147

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades 153

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 171

Capítulo 10: ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect? 229

Capítulo 11: Avisos legales 238

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes 240

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823,** las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Capítulo 1: Inicio como miembro

Introducción

Este capítulo le proporciona información sobre OneCare Connect, un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y Medi-Cal, y su afiliación. También le informa qué esperar y qué otra información recibirá de OneCare Connect. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Índice

A. Bienvenido a OneCare Connect 6

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal 6

B1. Medicare 6

B2. Medi-Cal 6

C. Las ventajas de este plan. 7

D. El área de servicio de OneCare Connect 8

E. ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro? 8

F. Lo que debe esperar al inscribirse por primera vez a un plan de salud 8

G. Su plan y equipo de atención 10

G1. Equipo de atención. 10

G2. Plan de atención 10

H. Prima mensual de OneCare Connect 11

I. Guía para Miembros 11

J. Otra información que recibirá de nosotros 11

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de OneCare Connect 11

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias 12

J3. Lista de medicamentos cubiertos. 13

J4. Explicación de beneficios. 14

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?. 14

K1. Confidencialidad de su información de salud personal 15

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

A. Bienvenido a OneCare Connect

OneCare Connect es un plan de Cal MediConnect. Un plan Cal MediConnect es una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyo a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención para ayudarle a coordinar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajarán de manera conjunta para brindarle la atención que necesita.

OneCare Connect fue aprobado por el estado de California y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindarle servicios como parte de Cal MediConnect.

Cal MediConnect es un programa de demostración supervisado de manera conjunta por California y el gobierno federal para brindar mejor atención a las personas que tienen tanto Medicare como Medi-Cal. Con esta demostración, el estado y el gobierno federal quieren probar formas de mejorar el modo en que usted obtiene los servicios de Medicare y Medi-Cal.

B. Información sobre Medicare y Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- Personas mayores de 65 años,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal es el nombre del programa de Medicaid de California. Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Medi-Cal ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyo a largo plazo, así como costos médicos. Cubre servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica,
- qué servicios son cubiertos, y
- el costo por los servicios.

Los estados pueden decidir cómo manejar el programa, siempre y cuando sigan las normas federales.

Medicare y California aprobaron OneCare Connect. Puede acceder a los servicios de Medicare y Medi-Cal a través de nuestro plan siempre y cuando:

- elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de California nos permitan seguir ofreciendo este plan.

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

C. Las ventajas de este plan

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal a través del plan OneCare Connect, incluidos los medicamentos con receta. **No deberá pagar más para unirse a este plan de salud.**

El plan OneCare Connect lo ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medi-Cal funcionen juntos y mejor para usted. Entre algunas de las ventajas se incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con un plan de salud para todas sus necesidades de seguro médico.
- Contará con un equipo de atención que usted ayudará a armar. Su equipo de atención puede incluirlo a usted mismo, su cuidador, médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tendrá acceso a un coordinador de atención. Esta es una persona que trabaja junto con usted, con el plan OneCare Connect y con su equipo de atención para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Podrá dirigir su propia atención con ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.
- El equipo de atención y su coordinador de atención trabajarán junto con usted para elaborar un plan de atención específicamente diseñado para cubrir sus necesidades de salud. El equipo de atención le ayudará a coordinar los servicios que usted necesita. Esto significa, por ejemplo, que:
    - Su equipo de atención se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que usted toma, para que puedan asegurarse de que esté tomando los medicamentos correctos, y para que sus médicos puedan reducir los efectos secundarios que pudieran causarle los medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Su equipo de atención se asegurará de que tanto usted como todos sus médicos y otros proveedores conozcan los resultados de sus exámenes, según sea pertinente.

D. El área de servicio de OneCare Connect

Nuestra área de servicio abarca el Condado de Orange, California.

Solamente se pueden inscribir en OneCare Connect las personas que viven en nuestra área de servicio.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8 para más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio. Tendrá que comunicarse con su trabajador de elegibilidad local del condado:

Agencia de Servicios Sociales del Condado de Orange al 1-714-825-3000 o al 1-800-281-9799, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

E. ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro?

Usted es elegible para nuestro plan si:

- Vive en nuestra área de servicio, **y**
- Es mayor de 21 años en el momento de su inscripción, **y**
- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, **y**
- Actualmente es elegible para Medi-Cal y cumple con otros criterios específicos de elegibilidad, **y**
- Es ciudadano de los Estados Unidos y se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.

Es posible que existan reglas de elegibilidad adicionales en su condado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Lo que debe esperar al inscribirse por primera vez a un plan de salud

Cuando se una al plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) cuarenta y cinco (45) días después de su fecha de cobertura para las personas identificadas con alto riesgo, y noventa (90) días para las personas identificadas con bajo riesgo.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Es nuestra obligación realizarle una HRA. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención individual (ICP). La HRA incluirá preguntas para identificar su apoyo y servicios médicos a largo plazo (LTSS), así como sus necesidades de salud y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para realizar la HRA. La HRA se puede realizar mediante una visita personal, por teléfono o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

Si OneCare Connect es nuevo para usted, puede seguir consultando a los médicos a los que acude actualmente durante un plazo limitado. Puede conservar sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales en el momento de su inscripción hasta por 12 meses si se cumplen todos los siguientes criterios:

- Usted, su representante o su proveedor nos hacen directamente una solicitud para seguir consultando a su proveedor actual.
- Con algunas excepciones, podemos demostrar una relación existente con un médico general o con un especialista. Una relación existente significa que usted vio a un proveedor fuera de la red al menos una vez para una consulta que no era de emergencia durante los 12 meses anteriores a la fecha de su inscripción inicial en OneCare Connect.
    - Nosotros determinaremos una relación existente después de revisar la información sobre su salud con la que contemos o la información que usted nos proporcione.
    - Tenemos 30 días para responder a su solicitud. También puede solicitar que tomemos una decisión más rápida y entonces debemos responderle en 15 días.
    - Al hacer una solicitud, usted o su proveedor deben mostrar documentación que demuestre una relación existente, y estar de acuerdo con algunos términos.

Aviso: Esta solicitud **no** puede hacerse para proveedores de equipo médico duradero (DME), transporte u otros servicios secundarios, o servicios que no están incluidos en Cal MediConnect.

Después de que termine el plazo de continuidad de atención, tendrá que consultar a médicos y otros proveedores de la red de OneCare Connect que estén afiliados con el plan de salud de su médico general, a menos que hagamos un acuerdo con su médico fuera de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron

trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Un proveedor de la red, o "proveedor," es el término que utilizamos para referirnos a médicos, enfermeras y otras personas que ofrecen sus servicios y atención. El término incluye también hospitales, agencias de atención en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo. Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrarles a nuestros miembros cargos adicionales. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre cómo obtener atención.

G. Su plan y equipo de atención

G1. Equipo de atención

¿Necesita ayuda para obtener la atención que necesita? Un equipo de atención le puede ayudar. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención u otro profesional de la salud que usted elija.

Un coordinador de atención es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Se le asignará un coordinador de atención cuando se inscriba en OneCare Connect. Esta persona lo referirá a recursos de la comunidad, si OneCare Connect no presta los servicios que usted necesita.

También puede llamarnos al **1-855-705-8823** para pedir un equipo de atención.

G2. Plan de atención

Su equipo de atención trabajará con usted para generar un plan de atención. Un plan de atención les dice a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus necesidades de servicio médico, salud de comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo. Se elaborará un plan de atención especialmente para usted y sus necesidades.

Su plan de atención incluirá:

- Sus objetivos de atención médica.
- Un calendario que indique cuando deban prestársele los servicios que necesita.

Después de su evaluación de riesgos, su equipo de atención se reunirá con usted. Le hablarán sobre qué servicios necesita. También pueden informarle sobre los servicios que podría considerar obtener. Su plan de atención se basará en sus necesidades. Su

equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año.

H. Prima mensual de OneCare Connect

OneCare Connect no tiene una prima mensual del plan.

I. Guía para Miembros

Esta *Guía para Miembros* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos apegarnos a todas las reglas de este documento. Si le parece que hemos hecho algo que vaya en contra de estas reglas, puede presentar una apelación o puede oponerse a nuestras acciones. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar una copia de la Guía para Miembros, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. También puede tener acceso a la *Guía para Miembros* en **www.caloptima.org/onecareconnect** o descargarlo desde este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en OneCare Connect entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

J. Otra información que recibirá de nosotros

Ya debe haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de OneCare Connect, información sobre cómo tener acceso al *Directorio de Proveedores y Farmacias*, e información sobre cómo tener acceso a la *Lista de medicamentos cubiertos*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro de OneCare Connect

De acuerdo con el plan, usted recibirá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyo a largo plazo, algunos servicios relacionados con la salud del comportamiento y medicamentos. Debe mostrar esta tarjeta para obtener cualquier servicio o medicamento. Esta es una muestra de cómo se verá su tarjeta:

Si su tarjeta de OneCare Connect se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

Mientras sea miembro de este plan, no es necesario que use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni la de Medi-Cal para obtener los servicios de Cal MediConnect. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, por si las necesita en otro momento. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de OneCare Connect, es posible que el proveedor le envíe la factura a Medicare en vez de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 para saber lo que debe hacer si recibe una factura de un proveedor.

Recuerde que para tener acceso a los servicios especializados de salud mental que reciba como parte del plan de salud mental del condado (MHP), necesitará su tarjeta de Medi-Cal.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* enumera a los proveedores y las farmacias de la red de OneCare Connect. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando recién se convierte en miembro de nuestro plan (consulte la página 8).

Puede solicitar un Directorio de Proveedores y Farmacias llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. También puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias en **www.caloptima.org/onecareconnect**, o descargarlo desde este sitio web.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Definiciones de proveedores de la red

- Los proveedores de la red de OneCare Connect incluyen:
  - Médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
  - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares dedicados a la prestación de servicios de salud de nuestro plan; y
  - Servicios y apoyos a largo plazo, servicios de salud del comportamiento, agencias de salud en el hogar, proveedores de equipo médico duradero y otros proveedores de bienes y servicios que usted obtiene a través de Medicare o Medi-Cal.

Los proveedores de la red estuvieron de acuerdo en aceptar los pagos de nuestro plan como pagos totales por los servicios cubiertos.

Definiciones de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que aceptaron surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias para encontrar la farmacia de la red a la que desee acudir.
- Excepto en una emergencia, usted debe surtir sus medicamentos en una de nuestras farmacias de la red si quiere que nuestro plan le ayude a pagarlos.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web de OneCare Connect ofrecen la información actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una Lista de medicamentos cubiertos. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos". Esta lista indica cuáles son los medicamentos con receta que están cubiertos por OneCare Connect.

La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna regla o restricción sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

La Lista de medicamentos cubiertos se encuentra en nuestra página de Internet, en **www.caloptima.org/onecareconnect**. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de medicamentos cubiertos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

J4. Explicación de beneficios

Cuando utilice sus beneficios para medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se conoce como la *Explicación de beneficios (EOB)*.

La *Explicación de beneficios* le indica el monto total que han gastado usted u otras personas en su nombre, en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 le da más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo le puede ayudar a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

También puede solicitar una *Explicación de beneficios*. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

K. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?

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

Los proveedores y las farmacias de la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos brindarle y cuánto le costarán**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Comuníquenos lo siguiente:

- Si cambia su nombre, dirección o número telefónico.
- Si cambia cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o la compensación por accidentes de trabajo.
- Si tiene cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ingresa a un hogar para personas mayores o un hospital.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias.
- Si cambia su cuidador (o la persona que se hace responsable de usted).
- Si forma parte de un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna parte de su información, díganoslo llamando al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

K1. Confidencialidad de su información de salud personal

La información de su registro de membresía pudiera incluir información de salud personal (PHI). Las leyes estatales y federales nos obligan a mantener la confidencialidad de su PHI. Nos aseguramos de proteger su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda la información de contacto a recursos importantes para ayudarle a responder sus preguntas sobre OneCare Connect y sus beneficios de atención médica. También puede utilizar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención y otros individuos que pueden abogar por usted. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Índice

A. ¿Cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect? 18

A1. ¿Cuándo llamar al Departamento de Servicios para Miembros? 18

B. ¿Cómo comunicarse con su coordinador de atención personal? 22

B1. ¿Cuándo llamar a su coordinador de atención personal? 23

C. ¿Cómo comunicarse a la Línea de asesoría de enfermería? 24

C1. ¿Cuándo llamar a la Línea de asesoría de enfermería? 24

D. ¿Cómo comunicarse a la Línea de crisis de salud del comportamiento? 25

D1. ¿Cuándo llamar a la Línea de crisis de salud del comportamiento? 25

E. ¿Cómo comunicarse al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP)? 26

E1. ¿Cuándo llamar a HICAP?: 26

F. ¿Cómo comunicarse a la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO)? 27

F1. ¿Cuándo llamar a Livanta? 27

G. ¿Cómo comunicarse a Medicare? 28

H. ¿Cómo comunicarse al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect? 30

I. ¿Cómo comunicarse a los Servicios Sociales del Condado? 31

J. ¿Cómo comunicarse con su plan de salud mental especializado del Condado? . . 32

J1. ¿Cuándo llamar al plan de salud mental especializado del Condado? 32

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

A. ¿Cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect?

LLAME AL	**1-855-705-8823**. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de intérpretes de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Connect Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
CORREO ELECTRÓNICO	OneCareConnectCS@Caloptima.org
PÁGINA DE INTERNET	**www.caloptima.org/onecareconnect**

A1. ¿Cuándo llamar al Departamento de Servicios para Miembros?

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos, facturación y tarjetas de identificación de miembros
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
    - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión acerca de:
        - → Sus beneficios y servicios cubiertos, ***o***
        - → La cantidad que pagaremos por sus servicios médicos.
    - Puede llamarnos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Para aprender más sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.
- Apelaciones sobre su atención médica
    - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura y que la cambiemos si usted piensa que cometimos un error.
- Para saber más sobre cómo solicitar apelaciones, consulte el Capítulo 9. Quejas sobre su atención médica
    - Puede presentar una queja de nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de ella). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede quejarse de la calidad de la atención ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (consulte la Sección F a continuación).
    - Puede llamarnos y explicar su queja. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.
    - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
    - Puede enviar una queja sobre OneCare Connect a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
    - Puede presentar una queja sobre OneCare Connect ante el Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect si llama al 1-855-501-3077.
    - Para saber más sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
    - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión acerca de:
        - → sus beneficios y medicamentos cubiertos, ***o***
        - → la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
    - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos con receta de Medi-Cal y medicamentos que se pueden comprar sin receta de Medi-Cal.
    - Para saber más sobre decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.

- Apelaciones respecto a medicamentos
    - Una apelación es una forma de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.

  Si desea apelar una decisión de cobertura sobre los medicamentos de Medi-Cal y los medicamentos de la Parte D, llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect, al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**. Los medicamentos de Medi-Cal se señalan con un asterisco (*) en la Lista de medicamentos.
    - Para saber más sobre presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Quejas sobre sus medicamentos
    - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
    - Si su queja es por una decisión de cobertura relacionada con sus medicamentos con receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
    - Puede enviar una queja sobre OneCare Connect a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
    - Para saber más sobre presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9.
- Pago por atención médica o medicamentos por los que ya pagó
    - Si su solicitud es para pedirnos un reembolso o pagar una factura por servicios de Medi-Cal, primero le pediremos al proveedor que nos envíe la factura y que se le reembolse a usted directamente. Le reembolsaremos directamente los servicios de Medi-Cal si el proveedor no nos envía la factura. Se le reembolsará la cantidad que OneCare Connect hubiera pagado al proveedor por los servicios; esta cantidad podría no ser la misma que le pagó al proveedor.
    - Para obtener más información sobre cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7.

- Si nos pide pagar una factura y negamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones.

- Preguntas sobre su inscripción
  - Llame al Departamento de Servicios para Miembros si quiere cancelar su membresía en nuestro plan o si tiene más preguntas sobre la inscripción.

B. ¿Cómo comunicarse con su coordinador de atención personal?

Un coordinador de atención personal es una persona que puede ayudarle a conseguir la atención médica que usted necesita. Cada miembro cuenta con un coordinador de atención personal que trabajará con el médico general para coordinar los servicios de atención médica. Puede llamar a su coordinador de atención personal si tiene preguntas, si necesita ayuda con su atención médica o para solicitar un cambio en los coordinadores de atención personal.

LLAME AL	**1-855-705-8823**. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de intérpretes de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	CalOptima OneCare Connect 505 City Parkway West Orange, CA 92868
CORREO ELECTRÓNICO	OneCareConnectCS@Caloptima.org
PÁGINA DE INTERNET	**www.caloptima.org/onecareconnect**

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

B1. ¿Cuándo llamar a su coordinador de atención personal?

- Preguntas sobre su atención médica
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (trastornos del abuso de sustancias y salud mental)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) Los LTSS incluyen Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) y centros de enfermería (NF).

Los beneficios de los LTSS están disponibles para usted si cumple los requisitos de elegibilidad. Si tiene preguntas sobre los servicios relacionados con los LTSS y la elegibilidad, llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect al **1-855-705-8823**. Esta llamada es gratuita. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

A veces puede recibir ayuda con su atención médica diaria y las necesidades de vivienda.

Podría obtener estos servicios:

- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS),
- Programas de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP),
- atención de enfermería especializada,
- terapia física,
- terapia ocupacional,
- terapia del habla,
- servicios médicos sociales, y
- atención médica a domicilio.

C. ¿Cómo comunicarse a la Línea de asesoría de enfermería?

La Línea de asesoría de enfermería le da acceso a una enfermera titulada (RN) para ayudarle con preguntas sobre sus inquietudes médicas.

LLAME AL	**1-844-447-8441**. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de intérpretes de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-844-514-3774**. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

C1. ¿Cuándo llamar a la Línea de asesoría de enfermería?

Llame a la Línea de asesoría de enfermería si:

- Tiene preguntas sobre su atención médica.
- Necesita ayuda para decidir si debe ir al médico, a atención urgente o a la sala de emergencia para recibir algún tratamiento.
- Tiene preguntas sobre sus medicamentos.
- Le preocupa su salud en general.

D. ¿Cómo comunicarse a la Línea de crisis de salud del comportamiento?

Para los miembros que requieran acceso a servicios de evaluación psiquiátrica de emergencia, llame al 9-1-1 o al Equipo de Evaluación Centralizada (CAT) del Condado de Orange.

LLAME AL	**1-866-830-6011**. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Contamos con servicios de intérpretes de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-714-480-6750**. Esta llamada es gratuita. De lunes a sábado, de 8 a.m. a 5 p.m.

D1. ¿Cuándo llamar a la Línea de crisis de salud del comportamiento?

- Preguntas sobre los servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias

Si cree que tiene una emergencia psiquiátrica, llame gratuitamente al Departamento de Servicios de la Salud Mental de OneCare Connect al **1-855-877-3885**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

Para preguntas respecto a sus servicios de salud mental de especialidad en su condado, consulte la Sección J, “¿Cómo comunicarse con su plan de salud mental especializado del condado?, página 32 .

E. ¿Cómo comunicarse al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP)?

El Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP, por sus siglas en inglés) ofrece asesoría gratuita en seguros médicos para las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver su problema. El HICAP cuenta con consejeros capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos.

El HICAP no tiene nexos con ninguna compañía de seguros o plan de atención médica.

LLAME AL	**1-800-434-0222** o **1-714-479-0107** De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.
TTY	**1-800-735-2929** Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
PÁGINA DE INTERNET	www.coasc.org

E1. ¿Cuándo llamar a HICAP?:

- Preguntas sobre su plan Cal MediConnect
  - Los asesores del HICAP pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un plan nuevo y ayudarle a:
    - → entender sus derechos,
    - → entender sus opciones de plan,
    - → presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
    - → resolver problemas con sus facturas.

F. ¿Cómo comunicarse a la Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO)?

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta, LLC. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención a las personas que tienen Medicare. Livanta, LLC no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	Número telefónico gratuito: **1-877-588-1123**
TTY	Número telefónico gratuito: **1-855-887-6668** Este número es para personas con problemas de audición y del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Livanta, LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA DE INTERNET	www.BFCCQIOAREA5.com

F1. ¿Cuándo llamar a Livanta?

- Preguntas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
    - → tiene algún problema con la calidad de la atención,
    - → considera que su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto; ***o***
    - → considera que la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar muy pronto.

G. ¿Cómo comunicarse a Medicare?

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

LLAME AL	**1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227) Las llamadas a este número no tienen ningún costo, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048** Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.

PÁGINA DE INTERNET	http://www.medicare.gov Es la página de Internet oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare. También contiene información acerca de hospitales, hogares para personas mayores, médicos, agencias de salud en el hogar y de centros para diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado si selecciona "Formularios, ayuda y recursos" y después oprime "Números telefónicos y sitios web". La página de Internet de Medicare cuenta con la siguiente herramienta para ayudarle a encontrar planes en su área: **Buscador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada acerca de los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (Seguro suplementario de Medicare) en su área. Seleccione "Encontrar planes de salud y de medicamentos". Si no cuenta con una computadora, es posible que su biblioteca local o centro para adultos mayores le ayude a visitar este sitio web en su computadora. O puede llamar a Medicare al número de arriba e informarles lo que busca. Encontrarán la información en la página de Internet, la imprimirán y se la enviarán.

H. ¿Cómo comunicarse al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect?

El Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect trabaja para abogar por usted. Puede responder sus preguntas si tiene problemas o quejas y puede ayudarle a comprender lo que debe hacer. El programa también puede ayudarle con problemas de servicio y facturación. Este programa no tiene nexos con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Estos servicios son gratuitos.

LLAME AL	**1-855-501-3077**. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
TTY	**1-855-847-7914** Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Legal Aid Society of Orange County 2101 N. Tustin Avenue Santa Ana, CA 92705
PÁGINA DE INTERNET	www.healthconsumer.org

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

I. ¿Cómo comunicarse a los Servicios Sociales del Condado?

Si necesita ayuda con sus beneficios de servicios de apoyo en el hogar (IHSS), llame al departamento local de Servicios Sociales del Condado. Los IHSS incluyen una amplia gama de servicios para cumplir con sus necesidades individuales y darle apoyo en su hogar. Para poder recibir los beneficios de los IHSS, debe cumplir los requisitos de elegibilidad del programa para calificar para los IHSS. Los siguientes son algunos de los servicios de IHSS que podrían estar disponibles para usted:

- limpieza doméstica y profunda, preparación de alimentos, lavandería, compras y mandados razonables
- servicios de atención personal, como alimentación, baño, atención de las evacuaciones, vestido y otros servicios
- ayuda con el transporte a citas médicas y servicios relacionados con la salud
- servicio de atención de paramédicos

LLAME AL	**1-714-825-3000** o **1-800-281-9799**. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	**1-800-735-2929** Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.
ESCRIBA A	Orange County Social Services Agency 1505 East Warner Avenue Santa Ana, CA 92705
PÁGINA DE INTERNET	//ssa.ocgov.com/

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

J. ¿Cómo comunicarse con su plan de salud mental especializado del Condado?

Los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental (MHP) si cumple los criterios de necesidad médica.

LLAME AL	**1-855-625-4657**. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Contamos con servicios de intérpretes de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	**1-714-834-2332**. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con problemas de audición o del habla. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

J1. ¿Cuándo llamar al plan de salud mental especializado del Condado?

- Preguntas sobre servicios de salud del comportamiento prestados por el condado
- Los servicios incluyen: servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios de apoyo con los medicamentos, intervención y estabilización ante crisis, tratamiento intensivo durante el día, rehabilitación durante el día, servicios de tratamiento residencial para adultos y/o crisis, servicios de administración de casos dirigidos, y servicios para el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios que incluyen servicios de tratamiento intensivo de pacientes ambulatorios, servicios residenciales perinatales, servicios y asesorías para pacientes ambulatorios para vivir sin drogas, servicios de tratamiento por uso de narcóticos y naltrexona.

Capítulo 3: ¿Cómo usar la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos?

Introducción

Este capítulo contiene términos específicos y normas que debe saber para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos a través de OneCare Connect. También le informa sobre su coordinador de atención personal, cómo recibir atención de otros tipos de proveedores y en circunstancias limitadas (inclusive de proveedores y farmacias fuera de la red), qué hacer cuando recibe una factura para servicios cubiertos por el plan, y otras normas sobre la posesión de equipo médico duradero (DME). Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Índice

A. Información sobre "servicios," "servicios cubiertos," "proveedores" y "proveedores de la red" 35

B. Normas para obtener su atención médica, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan 35

C. Información de su coordinador de atención personal (PCC) 37

C1. ¿Qué es un coordinador de atención personal (PCC)? 37

C2. ¿Cómo puede un miembro comunicarse con su PCC? 37

C3. ¿Cómo puede un miembro cambiar a su PCC? 37

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red 38

D1. Atención de un médico general 38

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 40

D3. ¿Qué hacer si un proveedor de la red se retira de nuestro plan? 41

D4. Atención de proveedores fuera de la red 42

E. ¿Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)? 42

F. ¿Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por el consumo de sustancias)? 43

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

F1. ¿Qué servicios de Medi-Cal para la salud del comportamiento se brindan fuera de OneCare Connect a través de la Agencia de Salud del Condado de Orange? 44

G. ¿Cómo obtener servicios de transporte? 45

H. ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una necesidad de atención de emergencia o urgencia o durante un desastre? 46

H1. Atención cuando tiene una emergencia médica. 46

H2. Atención necesaria de urgencia 47

H3. Atención médica durante un desastre 48

I. ¿Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan?. 49

I1. ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?. 49

J. Cobertura de sus servicios de atención médica cuando está en un estudio clínico de investigación. 49

J1. ¿Qué es un estudio clínico de investigación? 49

J2. Pagos de los servicios cuando participa en un estudio clínico de investigación 50

J3. Más información de los estudios clínicos de investigacións 51

K. ¿Cómo están cubiertos los servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos? 51

K1. Definición de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos. 51

K2. Atención médica de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicoss 51

L. Equipo médico duradero (DME) 52

L1. El DME como miembro del plan 52

L2. ¿Será propietario del DME si se cambia al plan Original de Medicare o a otro plan de Medicare Advantage? 53

A. Información sobre "servicios," "servicios cubiertos," "proveedores" y "proveedores de la red"

Los servicios son de atención médica, servicios y apoyo a largo plazo, suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos con receta y medicamentos que se pueden comprar sin receta, equipo y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios por los que paga nuestro plan. La atención médica, salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Los proveedores son los médicos, enfermeras y otras personas que ofrecen sus servicios y atención. El término proveedores incluye también hospitales, agencias de atención en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, servicios de salud del comportamiento, equipo médico, y ciertos servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Los proveedores de la red estuvieron de acuerdo en aceptar los pagos de nuestro plan como pagos totales. Los proveedores de la red nos facturan directamente los servicios que brindaron. Cuando vaya con un proveedor de la red, normalmente no pagará nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener su atención médica, salud del comportamiento y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) cubiertos por el plan

OneCare Connect cubre todos los servicios que cubren Medicare y Medi-Cal. Esto incluye salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS).

OneCare Connect por lo general pagará por los servicios de atención médica, los servicios de salud del comportamiento y los LTSS que reciba si sigue las reglas del plan. Para que el plan lo cubra:

- La atención que le den debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe incluirse en la tabla de beneficios del plan. (La tabla está en el Capítulo 4 de esta guía).
- La atención debe determinarse como **necesaria por motivos médicos**. Con necesaria por motivos médicos nos referimos a que necesita los servicios para evitar, diagnosticar o tratar su afección o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que vaya a un hospital o a un hogar para personas mayores. También se refiere a los estándares aceptados por servicios, suministros o medicamentos de práctica médica.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Para los servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria** de la red, también conocido como médico general, que haya ordenado la atención o le haya indicado consultar a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su médico general.
    - En la mayoría de los casos, su médico general de la red debe dar una autorización antes de poder consultar a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama **referencia**. Es posible que OneCare Connect no cubra el servicio si no obtiene la aprobación. No necesita una referencia para acudir a determinados especialistas, como a especialistas de la salud de la mujer. Para saber más sobre las referencias, consulte la página 40.
    - Los médicos generales de nuestro plan están afiliados a planes de salud. Cuando elige a su médico general, también elige el plan de salud afiliado. Esto significa que su médico general debe referirlo a especialistas y servicios que también estén afiliados a su plan de salud. Una red de salud tiene contrato con CalOptima para prestar servicios cubiertos a nuestros miembros.
    - Usted no necesita una referencia de su médico general para recibir atención de emergencia o atención necesaria de urgencia o consultar a un proveedor de salud de la mujer. Puede obtener otro tipo de atención sin necesidad de una referencia de su médico general. Para obtener más información sobre esto, consulte la página 40.
    - Para obtener más información sobre cómo elegir un médico general, consulte la página “¿Cómo elegir a su médico general?” on page 39.
- **Debe obtener su atención de los proveedores de la red que están afiliados al plan de salud de su médico general**. Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaja con el plan y plan de salud de su médico general. Aquí hay algunos casos en los que esta regla no se aplica:
    - El plan cubre atención de emergencia o atención necesaria de urgencia de un proveedor fuera de la red. Para saber más y ver qué significa atención de emergencia o atención necesaria de urgencia, consulte la Sección H, página 46.
    - Si necesita atención que nuestro plan cubre y nuestros proveedores de la red no pueden darle, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red, lo cual requiere autorización previa. En esta situación, cubriremos la atención como si se la proporcionara un proveedor de la red o sin costo alguno para usted. Para saber más sobre cómo obtener la aprobación

para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D, página"D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red" on page 38.

- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando está fuera del área de servicio del plan durante un corto plazo. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado de Medicare.
- Cuando se une al plan por primera vez, puede solicitar seguir viendo a sus proveedores actuales. Tenemos la obligación, con algunas excepciones, de aprobar esta solicitud si podemos demostrar que ha sostenido una relación existente con los proveedores (consulte el Capítulo 1, página 5). Si aprobamos su solicitud, puede continuar viendo a los proveedores que ve actualmente para recibir servicios por hasta 12 meses. Durante este plazo, su coordinador de atención personal se comunicará con usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red que estén afiliados con el plan de salud de su médico general. Después de 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si sigue viendo a los proveedores que no estén en nuestra red para los servicios de Medicare. Después de 12 meses, dejaremos de cubrir su atención si sigue viendo a los proveedores que no estén en nuestra red y que no estén afiliados al plan de salud de su médico general para los servicios de Medi-Cal. Los servicios cubiertos de Medicare incluyen hospitalización, centros de enfermería especializadas, consultas médicas, pruebas de laboratorio y medicamentos con receta. Medi-Cal cubre los servicios que no son cubiertos por Medicare como servicios de atención a largo plazo, servicios de apoyo en el hogar, cierto equipo médico duradero y suministros.

C. Información de su coordinador de atención personal (PCC)

C1. ¿Qué es un coordinador de atención personal (PCC)?

- Un PCC es un clínico u otra persona capacitada que trabaja para nuestro plan para proporcionarle servicios de coordinación de atención personal.

C2. ¿Cómo puede un miembro comunicarse con su PCC?

- Puede llamar a su PCC al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

C3. ¿Cómo puede un miembro cambiar a su PCC?

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Puede llamar a su PCC y solicitar un cambio.

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores médicos de la red y proveedores médicos fuera de la red

D1. Atención de un médico general

Debe elegir un médico general, que proporcione y administre su atención.

Los médicos generales de nuestro plan están afiliados a los planes de salud de OneCare Connect. Cuando elige a su médico general, también elige el plan de salud afiliado.

Definición de un "médico general" y lo que hace por usted

- ¿Qué es un médico general? Su médico general es un médico que cumple los requisitos estatales y está capacitado para darle atención médica básica.
- ¿Qué es un plan de salud? Su plan de salud es un grupo de médicos y hospitales contratados para prestar servicios de atención médica a miembros de nuestro plan.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como su médico general? El Directorio de Proveedores de OneCare Connect enumera a todos los proveedores de la red que pueden actuar como su médico general. Algunos especialistas pueden actuar como su médico general si aceptan hacerlo y aparecen como médico general en el Directorio de Proveedores y Farmacias.

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

- ¿Puede ser una clínica mi proveedor de atención primaria? Sí. Los miembros pueden elegir Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC, por sus siglas en inglés) enumerados como médico general en el Directorio de Proveedores de OneCare Connect como su proveedor de atención primaria.

¿Cómo elegir a su médico general?

OneCare Connect tiene un Directorio de Proveedores y Farmacias disponible bajo solicitud. Este directorio contiene una lista de todos los planes de salud, los médicos generales, los especialistas, las clínicas y los hospitales contratados con OneCare Connect para brindar servicios a los miembros de OneCare Connect. Para solicitar un Directorio de Proveedores y Farmacias, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, los usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

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

Localice el número de identificación del médico general, que se encuentra debajo de su nombre, y llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect para comunicarnos su decisión.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para proporcionarle el médico general que desea. Le informaremos si el médico general que escoja no acepta recibir miembros nuevos. Si hay un especialista u hospital en particular que desea utilizar, verifique primero con su médico general o con el Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect para asegurarse de que su médico general proporciona referencias a ese especialista o usa ese hospital.

Si no elige un médico general, OneCare Connect elegirá uno por usted.

Tiene la opción de cambiar de médico general

Puede cambiar de médico general por cualquier razón en cualquier momento. También es posible que su médico general se retire de la red del plan. Si su médico general se retira de nuestra red del plan, podemos ayudarle a encontrar un médico general nuevo dentro de la red de nuestro plan.

Usted puede cambiar de médico general en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros. En la mayoría de los casos, la fecha efectiva de su nuevo médico general será el primero del mes siguiente a la fecha en que OneCare Connect reciba su solicitud de cambio. Si necesita ayuda para elegir un médico general, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Recuerde que los médicos generales de nuestro plan están afiliados a planes de salud. Si cambia de médico general, es posible que también tenga que cambiar su plan de salud. Cuando solicite el cambio, asegúrese de informarle al Departamento de Servicios para Miembros si se está atendiendo con un especialista o recibe servicios cubiertos que requieren la aprobación de un médico general.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

El Departamento de Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención de especialidad y otros servicios que necesita al cambiar de médico general.

Servicios que puede obtener sin recibir aprobación previa de su médico general

En la mayoría de los casos, necesitará la autorización de su médico general antes de poder acudir con otros proveedores. A esto se le llama **referencia**. Podrá recibir los servicios que se describen a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico general:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red y fuera de la red.
- Cuidado urgente necesario de proveedores de la red.
- Cuidado urgente necesario de proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a proveedores de la red (por ejemplo, si está fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan. (Antes de salir del área de servicio llame a Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a recibir su diálisis mientras está fuera).
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, mientras las reciba de un proveedor de la red.
- Cuidado de salud de rutina para mujeres y servicios de planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, mientras los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud para indígenas, podrá acudir a estos proveedores sin necesidad de una referencia.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a los pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas atienden a los pacientes con ciertas afecciones en los huesos, en las articulaciones o en los músculos.

- Cuando su médico general considere que necesita tratamiento especializado, le proporcionará una referencia (con aprobación previa) para consultar a un especialista del plan o a algunos otros proveedores. Para algunos tipos de referencias, es posible que su médico general necesite obtener aprobación previa por parte de OneCare Connect (esto se conoce como obtener "autorización previa").
- Es muy importante obtener una referencia (aprobación previa) de su médico general antes de consultar a un especialista del plan o a algunos otros proveedores (existen algunas excepciones, que incluyen la atención médica de rutina para mujeres que explicamos en esta sección). Si no cuenta con una referencia (aprobación por adelantado) antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para más información sobre qué servicios requieren una autorización previa.
- Si el especialista desea que usted regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la referencia (la aprobación previa) que recibió de su médico general en la primera visita cubre más visitas al especialista.

D3. ¿Qué hacer si un proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que un proveedor de la red al que esté acudiendo se retire del plan. Si uno de sus proveedores se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y garantías, que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos darle acceso sin interrupciones a proveedores capacitados.
- Haremos todo lo posible por notificarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor nuevo calificado que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento médicamente necesario que recibe no se interrumpa.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención no es administrada de forma apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su atención. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**, las

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

D4. Atención de proveedores fuera de la red

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

- Atención de emergencia y servicios de urgencia fuera del área que reciba de un proveedor fuera de la red dentro de Estados Unidos y sus territorios.
- Si necesita atención médica que Medicare o Medi-Cal requiera que OneCare Connect cubra y los proveedores de la red de OneCare Connect no pueden brindarla, puede obtener esta atención de proveedores fuera de la red con autorización previa.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio, que es el Condado de Orange.
- Planificación familiar.
- Servicios de atención médica para indígenas americanos.
- Servicios de obstetricia y algunos servicios de ginecología para la mujer, como una prueba de Papanicolaou.

Si acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor deberá ser elegible para participar en Medicare y/o Medi-Cal.

- No podemos pagar a proveedores que no sean elegibles para participar en Medicare y/o Medi-Cal.
- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deberán avisarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. ¿Cómo recibir servicios y apoyo a largo plazo (LTSS)?

Los servicios y el apoyo a largo plazo (LTSS) consisten en Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) y centros de enfermería (NF). Los servicios pueden darse en el hogar, en la comunidad o en un centro. A continuación, se describen los diferentes tipos de LTSS:

- **Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS):** programa de servicios ambulatorios, basados en una institución, que ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias ocupacionales y del habla, cuidado personal, apoyo y capacitación para la familia o persona que cuida al paciente, servicios de nutrición, transporte y otros servicios si cumple los criterios de elegibilidad correspondientes.
- **Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP)**: un programa específico de California que brinda servicios en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para clientes que son adultos mayores frágiles y que son elegibles para su asignación a un centro de enfermería, pero que desean permanecer en la comunidad.
    - Las personas elegibles para Medi-Cal que sean mayores de 65 años y con discapacidades pueden reunir los requisitos para este programa. Este programa es una alternativa a la ubicación en un centro de enfermería.
    - Los servicios del MSSP pueden incluir, entre otros, la atención en un centro de cuidado diurno o de apoyo para adultos, apoyo en la vivienda (como adaptaciones físicas y dispositivos de asistencia), apoyo para el quehacer y cuidado personal, supervisión de protección, gestión de cuidados y otro tipo de servicios.
- **Centro de enfermería (NF)**: un centro que ofrece atención a personas que no pueden vivir solas en su casa, pero no necesitan estar en un hospital.

Su coordinador de atención personal le ayudará a entender cada programa. Para obtener más información sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

F. ¿Cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por el consumo de sustancias)?

Tendrá acceso a los servicios de salud del comportamiento necesarios por motivos médicos que están cubiertos por Medicare y Medi-Cal. OneCare Connect brinda acceso a servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medicare. OneCare Connect no brinda acceso a los servicios de salud del comportamiento cubiertos por Medi-Cal, pero estarán disponibles para miembros elegibles de OneCare Connect a través de la Agencia de Salud del Condado de Orange.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

F1. ¿Qué servicios de Medi-Cal para la salud del comportamiento se brindan fuera de OneCare Connect a través de la Agencia de Salud del Condado de Orange?

Los servicios de salud mental especializada de Medi-Cal están disponibles para usted a través del plan de salud mental del condado (MHP) si cumple los criterios de necesidad médica para ser elegible para los servicios de salud mental especializada de Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal para la salud mental brindados por la Agencia de Salud del Condado de Orange incluyen:

- servicios de salud mental (evaluación, tratamiento, rehabilitación, servicios colaterales y desarrollo de planes)
- servicios de apoyo para los medicamentos
- tratamiento intensivo diurno
- rehabilitación diurna
- intervención en crisis
- estabilización de crisis
- servicios de tratamiento residencial para adultos
- servicios de tratamiento residencial de crisis
- servicios psiquiátricos hospitalarios
- servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes hospitalizados
- administración de casos específicos

Los servicios de Medi-Cal para tratar el consumo de drogas están disponibles para usted a través de la Agencia de Salud del Condado de Orange si cumple los requisitos de necesidad médica por consumo de drogas de Medi-Cal. Los servicios de Medi-Cal para el tratamiento de consumo de drogas brindados por la Agencia de Salud del Condado de Orange incluyen:

- servicios de tratamiento intensivo ambulatorio
- servicios de tratamiento residencial
- servicios ambulatorios para recuperarse del consumo de drogas
- servicios de tratamiento para el consumo de narcóticos
- servicios de naltrexona para tratar la dependencia al opio

Además de los servicios de Medi-Cal para tratar el consumo de drogas mencionados arriba, podrá tener acceso a los servicios voluntarios hospitalarios de desintoxicación si cumple los requisitos de necesidad médica.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Los servicios de salud mental especializados que no están cubiertos por CalOptima serán coordinados para que los atienda la Agencia de Salud del Condado de Orange para asegurar el acceso sin interrupción para los miembros. Los miembros primero deberán comunicarse a la línea del Departamento de Servicios de la Salud del Comportamiento para obtener una evaluación y referencia al nivel de servicio apropiado.

G. ¿Cómo obtener servicios de transporte?

Transporte médico cuando no se trata de una emergencia

Servicios de ambulancia:

- Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen el transporte con ala fija, ala rotativa y los servicios de ambulancia terrestre hasta el centro más cercano y apropiado que pueda proporcionar la atención médica solo si se prestan a un miembro cuya afección es tal que el transporte por otro medio podría ser contraproducente (podría dañar la salud de la persona) o si es autorizado por el plan.
- El transporte de ambulancia no urgente es adecuado si se documenta que el estado de salud del miembro es tal que el transporte por otros medios es contraproducente (podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es necesario por motivos médicos.

Transporte no médico

- Transporte ilimitado a destinos aprobados por el plan para lo siguiente:
  - servicios cubiertos necesarios por motivos médicos
  - recoger medicamentos
  - recoger suministros médicos y otro equipo cubierto necesario por motivos médicos
  - viajes de ida y vuelta a centros de acondicionamientos ya que la afiliación es ofrecida como beneficio complementario por el plan
- **Es posible que se apliquen las normas de programación previa.** Programe su transporte al menos dos días hábiles antes llamando al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al servicio de retransmisión estatal al **1-800-735 2929**.

H. ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una necesidad de atención de emergencia o urgencia o durante un desastre?

H1. Atención cuando tiene una emergencia médica

Definición de una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección con síntomas como dolor agudo o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con un conocimiento promedio sobre la salud y medicina esperaría que tuviera las siguientes consecuencias:

- un riesgo grave para su salud o la del niño nonato; o
- un riesgo grave para su salud o la del niño nonato; o
- disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- En el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando:
    - No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto.
    - Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o su seguridad o para la del niño nonato.

¿Qué debe hacer si tiene una emergencia médica?

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo antes posible**. Llame al 911 o acuda a la sala de emergencia o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita aprobación o referencia previa de su médico general.
- **Lo antes posible, asegúrese de comunicar su emergencia a nuestro plan**. Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos acerca de la atención de emergencia que usted reciba, normalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar los servicios de emergencia si se retrasa al informarnos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número en la parte posterior de su tarjeta de membresía de OneCare Connect.

Servicios cubiertos en situaciones de emergencia médica

El programa de Medicare no cubre medicamentos ni servicios médicos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios (por ejemplo, Puerto Rico).

Su beneficio de Medi-Cal solo cubrirá servicios médicos de emergencia en Canadá y México. Si pagó por servicios de emergencia que requirieron hospitalización en Canadá

o México, OneCare Connect solo pagará el monto permitido por Medi-Cal, el cual puede ser menor al que usted pagó. Usted puede recibir atención de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o de sus territorios. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencia, nuestro plan lo cubre. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Una vez que haya terminado la emergencia, es posible que necesite atención médica de seguimiento para asegurarse de que su estado de salud mejore. Nosotros cubriremos la atención médica de seguimiento. Si su atención de emergencia la brindan proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se encarguen de su atención médica lo más pronto posible.

Atención si después de todo no se trataba de una emergencia médica

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud de comportamiento. Podría acudir a la sala de emergencia, pero el médico podría decir que realmente no era una emergencia médica. Basta con que usted haya pensado con fundamentos que su salud corría peligro para que cubramos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si:

- acude a un proveedor participante de la red; ***o***
- la atención adicional que reciba se considera "atención de cuidado urgente" y sigue las normas para obtener dicha atención. (Consulte la siguiente sección).

H2. Atención necesaria de urgencia

Definición de la atención necesaria de urgencia

La atención necesaria de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero requiere atención inmediata. Por ejemplo, una enfermedad existente se puede agudizar y requerir tratamiento urgente.

Atención necesaria de urgencia cuando está en el área de servicio del plan

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

- recibe esta atención de proveedores de la red; ***y***
- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención necesaria de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Llame a su plan de salud para saber cómo tener acceso a los servicios de cuidado urgente. Puede localizar el número de teléfono de su red de salud en su tarjeta de miembro de OneCare Connect.

Atención necesaria de urgencia cuando está fuera del área de servicio del plan

Cuando esté fuera del área de servicio del plan, podría ser imposible obtener atención de proveedores de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención necesaria de urgencia que sea necesaria y que reciba de cualquier proveedor.

Ofrecemos hasta $25,000 de cobertura por año natural por atención de emergencia o urgente que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos.

Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de apoyo a CalOptima y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.

H3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención médica de OneCare Connect.

Visite el siguiente sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre declarado: http://fema.gov/disaster-recovery-centers. Nuestros proveedores de la red ofrecen la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio cubierto que no se ofrece dentro de nuestra red, OneCare Connect pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Tiene derecho de consultar a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red cuando sea necesario. Si su proveedor actual de Medi-Cal o Medicare no está en nuestra red, puede seguir consultando a ese proveedor durante un tiempo si está de acuerdo en trabajar con OneCare Connect.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, le permitiremos recibir atención médica de proveedores fuera de la red sin costo alguno para usted. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede conseguir los medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

I. ¿Qué hacer si le facturan directamente los servicios cubiertos por nuestro plan?

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

- **No debe pagar la factura. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el pago.**

Si pagó por sus servicios cubiertos o si pagó más de su costo compartido o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 para saber qué hacer.

I1. ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?

OneCare Connect cubre todos los servicios:

- que se consideren necesarios por motivos médicos; ***y***
- que aparezcan en la tabla de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4); ***y***
- que reciba siguiendo las normas del plan.

→ Si obtiene servicios que no están cubiertos por el plan, **usted mismo tendrá que pagar el costo total.**

Si quiere saber si pagaremos por algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho de preguntarnos esto por escrito. Si nos negamos a pagar los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 se explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le dice cómo apelar nuestra decisión de cobertura. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si se pasa del límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre los límites y si está cerca de alcanzarlos.

J. Cobertura de sus servicios de atención médica cuando está en un estudio clínico de investigación

J1. ¿Qué es un estudio clínico de investigación?

Un estudio clínico de investigación (conocido también como prueba clínica) es una de las formas en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Solicitan voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio

ayuda a los médicos a decidir si una forma nueva de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Si Medicare aprueba el estudio en el que quiere participar, alguna de las personas que trabajan en él se pondrá en contacto con usted. Esa persona le hablará sobre el estudio y verá si cumple las condiciones para participar. Puede permanecer en el estudio siempre que cumpla las condiciones necesarias. También debe entender y aceptar lo que tiene que hacer para el estudio.

Mientras participe en el estudio, podrá seguir inscrito en nuestro plan. De ese modo, podrá seguir obteniendo atención del plan que no esté relacionada con el estudio.

Si desea participar en un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su médico general. Los proveedores que brindan la atención médica como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red del plan.

Es necesario que nos avise antes de comenzar a participar en un estudio clínico de investigación.

Si tiene pensado participar en un estudio clínico de investigación, usted o su coordinador de atención personal deben comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos que estará en una prueba clínica.

J2. Pagos de los servicios cuando participa en un estudio clínico de investigación

Si se presenta como voluntario para un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará por los servicios cubiertos por el estudio y por los costos rutinarios asociados con su atención médica. Una vez que inicie en el estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, la mayoría de los artículos y servicios que reciba como parte del estudio estarán cubiertos. Esto incluye lo siguiente:

- El alojamiento y los alimentos durante una hospitalización que Medicare pagaría aun si no participara en el estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de cualquier efecto secundario o complicaciones de la nueva atención médica.

Si usted participa en un estudio que **no ha sido aprobado** por Medicare, tendrá que pagar usted mismo todos los costos para participar en ese estudio.

J3. Más información de los estudios clínicos de investigacións

Podrá obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo "Medicare y los Estudios de Investigación Clínica" en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

K. ¿Cómo están cubiertos los servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos?

K1. Definición de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos

Una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos es un centro que brinda atención médica que normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención médica en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, le proporcionaremos la cobertura para la atención médica en una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos.

Puede solicitar atención médica en el momento que lo desee y por cualquier razón. Este beneficio es solo para los servicios de la Parte A de Medicare para pacientes internados (servicios de atención que no son de naturaleza médica). Medicare pagará solo los servicios de atención que no son de naturaleza médica proporcionados por instituciones religiosas para el cuidado de la salud que no brindan servicios médicos.

K2. Atención médica de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicoss

Para recibir atención médica de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos, debe firmar un documento legal que señala que se opone a recibir un tratamiento médico que es "sin excepción".

- Una atención médica o un tratamiento que es "sin excepción" es cualquier atención médica o tratamiento que es voluntario y no es exigido por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico "con excepción" es la atención médica que no es voluntaria y es exigida por la ley federal, estatal o local.

Para que el plan cubra la atención médica que usted reciba de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos, debe cumplir las siguientes condiciones:

- La instalación que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan está limitada a los aspectos de atención que no sean religiosos.
- Si recibe los servicios de este tipo de institución en una instalación, se aplicará lo siguiente:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir servicios cubiertos de atención médica hospitalaria o de un centro de enfermería especializada.
    - Debe obtener la autorización del plan antes de ingresar a la instalación; de lo contrario, no se cubrirá su estadía.

Se aplican los límites de cobertura de hospitalización de Medicare. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. El DME como miembro del plan

El equipo médico duradero (DME) representa ciertos artículos solicitados por un proveedor para usarlos en su hogar. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que pida un proveedor para usarse en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo y suministros para oxígeno, nebulizadores y andaderas.

Siempre será dueño de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, veremos qué tipo de DME debe alquilar.

En Medicare, ciertos tipos de equipo médico duradero pasan a ser propiedad de quienes los alquilan después de 13 meses. Sin embargo, como miembro de OneCare Connect, podría ser dueño del equipo alquilado, bajo ciertas circunstancias, y con la autorización previa después de alquilar el equipo por un tiempo determinado.

Incluso si tuvo el equipo médico duradero por 12 meses consecutivos con Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, el equipo no pasará a ser de su propiedad.

L2. ¿Será propietario del DME si se cambia al plan Original de Medicare o a otro plan de Medicare Advantage?

En el plan Original de Medicare, ciertos tipos de equipo médico duradero pasan a ser propiedad de quienes los alquilan después de 13 meses. En un plan de Medicare Advantage, el plan puede establecer el número de meses que se debe alquilar ciertos tipos de DME antes de poder ser propietario.

Aviso: Puede localizar las definiciones del plan Original de Medicare y un plan de Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede localizar más información sobre estos planes en la guía *Medicare y Usted 2019*. Si no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en la página de Internet de Medicare (http://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Tendrá que hacer 13 pagos continuos bajo el plan Original de Medicare, o tendrá que hacer el número de pagos continuos establecidos por el plan de Medicare Advantage, para poder ser propietario del DME, si:

- no se convirtió en propietario del artículo de DME mientras estuvo en el plan; **y**
- se retira del plan y obtiene sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del plan Original de Medicare o un plan de Medicare Advantage.

Si realizó pagos para el suministro del DME bajo el plan Original de Medicare o el plan de Medicare Advantage antes de afiliarse a nuestro plan, **estos pagos hechos al plan Original de Medicare o a un plan de Medicare Advantage no cuentan para los pagos que debe hacer después de retirarse del plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos continuos nuevos bajo el plan Original de Medicare o el número de pagos continuos nuevos establecidos por el plan de Medicare Advantage para poder ser propietario del artículo de DME.
- No existen excepciones para esta situación cuando se inscribe nuevamente al plan Original de Medicare o a un plan de Medicare Advantage.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios cubiertos por OneCare Connect y sus restricciones o límites. También le informa sobre los beneficios que no son cubiertos en el plan. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Índice

A. Los servicios cubiertos y sus costos personales 55

B. Normas que no permiten que los proveedores le cobren por los servicios 55

C. Información sobre la tabla de beneficios del plan. 55

D. La tabla de beneficios 57

E. Beneficios cubiertos fuera de OneCare Connect 105

E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT). 105

E2. Programa Dental de Medi-Cal (Medicaid) 106

E3. Cuidados paliativos. 107

F. Beneficios no cubiertos por OneCare Connect, Medicare ni Medi-Cal 109

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

A. Los servicios cubiertos y sus costos personales

Este capítulo explica qué servicios paga OneCare Connect. También habla sobre cuánto debe pagar por cada servicio. Sabrá además cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.

Para poder recibir algunos servicios, deberá pagar ciertos costos personales, conocido como copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, $5) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Debe pagar el copago en el momento en el que reciba el servicio médico.

Si necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

B. Normas que no permiten que los proveedores le cobren por los servicios

No permitimos que los proveedores de OneCare Connect le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos directamente a los proveedores y evitamos que usted deba pagar cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por el servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si esto pasa, consulte el Capítulo 7 o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Información sobre la tabla de beneficios del plan

En la tabla de beneficios se indica cuáles servicios paga el plan. Contiene una lista de las categorías de servicios por orden alfabético y una explicación sobre cuáles servicios están cubiertos.

Pagaremos por los servicios indicados en la tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes normas.

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medi-Cal deben proporcionarse de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Medi-Cal.
- Los servicios (que incluyen la atención médica, los servicios de salud del comportamiento y por consumo de sustancias, los servicios y el apoyo a largo plazo, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser necesarios por motivos médicos. Necesario por motivos médicos significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o para conservar

su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica necesaria para evitar ser hospitalizado o ingresar a un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de práctica médica. Un servicio es necesario por motivos médicos cuando se considera razonable y necesario para proteger la vida, para prevenir enfermedades considerables o discapacidades considerables, o para aliviar el dolor intenso.

- Obtiene la atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, no pagaremos por la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 encontrará más información sobre cómo usar los proveedores de la red y los proveedores fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria o médico general (PCP) o un equipo de atención médica que proporciona y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su médico general debe darle una autorización antes de que pueda acudir con otro médico o usar otros proveedores de la red. Esto se llama referencia. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una referencia y explica cuándo no necesita una referencia.
- Debe obtener atención médica de los proveedores afiliados al grupo médico de su PCP. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3.
- Algunos de los servicios que se mencionan en la tabla de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación previa. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que requieren una autorización previa se identifican con un asterisco en la tabla de beneficios (*).

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

D. La tabla de beneficios

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Nosotros pagaremos un solo ultrasonido de detección para las personas con riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, el asistente del médico, la enfermera especialista titulada o la enfermera especialista en medicina clínica.	$0
	Acupuntura Pagaremos hasta dos servicios de acupuntura ambulatoria en un mes natural. El límite de dos consultas se puede exceder por motivos médicos mediante el proceso de autorización. No son reembolsables al ser facturados como servicios de emergencia o como paciente internado. Debe ser usado para tratar afecciones también cubiertas por otras modalidades. Cubierto al ser proporcionado por un médico, dentista, podólogo o acupunturista.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección y orientación para el abuso de consumo del alcohol Pagaremos un examen para establecer el abuso de alcohol (detección, breve intervención y referencia para tratamiento [SBIRT]) para los adultos que abusen del alcohol, pero que no sean dependientes del alcohol. También en el caso de mujeres embarazadas. Si se determina que consume alcohol en exceso, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de consejería en persona al año (si es competente y está alerta durante la sesión), con un proveedor de atención primaria calificado o un practicante en un ámbito de atención primaria.	$0
	Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y de transporte de ala fija y de ala rotatoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan brindarle atención. Su estado de salud debe ser de tal gravedad que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o su vida. Debemos aprobar el uso de servicios de ambulancia para otros propósitos. En los casos que no sean de emergencia, podríamos pagar por una ambulancia. Su estado de salud debe ser de tal gravedad que otros medios de transporte podrían poner en peligro su vida o salud. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consulta anual de salud y bienestar Puede recibir un examen médico anual. El objetivo de este examen es actualizar o desarrollar un plan preventivo con base en sus factores de riesgo actuales. Pagaremos esta consulta una vez cada 12 meses.	$0
	Densitometría ósea Pagaremos ciertos procedimientos para los miembros elegibles (normalmente, para personas con riesgo de perder la densidad de la masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos miden la densidad de los huesos, detectan la pérdida de la densidad de los huesos o calculan la calidad de los huesos. Pagaremos estos servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es necesario por motivos médicos. También pagaremos por un médico que estudie e interprete los resultados.	$0
	Examen para la detección del cáncer de los senos (mamografías) Pagaremos los siguientes servicios: • una primera mamografía entre los 35 y 39 años • una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores • exámenes clínicos de los senos cada 24 meses	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de rehabilitación cardiaca (del corazón)* Pagaremos los servicios de rehabilitación cardiaca, como ejercicios, educación y asesoría. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con la referencia de un médico. También cubrimos los programas intensivos de rehabilitación cardiaca, que normalmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardiaca normales. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0
	Consulta para reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón) Cubrimos una visita al año con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades del corazón. Durante esta consulta, su médico podría: • hablar con usted sobre el consumo de aspirina, • revisar su presión arterial; y/o • darle consejos para asegurarse de que esté comiendo adecuadamente.	$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagamos un análisis de sangre cada cinco años (60 meses) para identificar si tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Pagaremos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres con riesgo elevado de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que hayan tenido un resultado anormal en la prueba del Papanicolaou en los últimos 3 años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	$0
	Servicios quiroprácticos* Pagaremos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Prueba de detección de cáncer colorrectal Para personas a partir de 50 años, pagaremos los siguientes servicios: • sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario) cada 48 meses • examen de sangre oculta en heces, cada 12 meses • examen de sangre oculta en heces usando guayacol o examen inmunoquímico fecal, cada 12 meses • examen colorrectal basado en ADN, cada 3 años • colonoscopia cada 10 años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a un examen de sigmoidoscopia) • Para las personas que tengan un riesgo elevado de desarrollar cáncer colorrectal, pagaremos una colonoscopia (o examen de enema de bario) cada 24 meses	$0
	Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)* CBAS es un programa que ofrece servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones donde las personas acuden de acuerdo con un horario. Proporciona atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias (que incluyen la ocupacional, la física y del habla), atención personal, capacitación y apoyo a familias y cuidadores, servicios de nutrición, transporte y otros. Pagaremos por CBAS si usted cumple los criterios de elegibilidad. **Aviso:** Si un centro de CBAS no está disponible, podemos ofrecerle estos servicios por separado. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco Si usted consume tabaco, no tiene señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco y quiere o necesita dejarlo: • Pagaremos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales de consejería. Si consume tabaco y le han diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el tabaco, o toma medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: • Pagaremos dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales. Si está embarazada, puede recibir sesiones de consejería sin límite para dejar de fumar con autorización previa.	$0
	Evaluación para detectar la depresión Pagaremos por una evaluación para detectar la depresión cada año. La evaluación se debe realizar en un ámbito de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y referencias.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Evaluación para detectar la diabetes Pagaremos esta evaluación (que incluye las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • antecedentes de azúcar elevada en sangre (glucosa) Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Dependiendo de los resultados de estas evaluaciones, es posible que sea elegible para que le hagan hasta dos evaluaciones para detectar la diabetes cada 12 meses.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Capacitación para el autocuidado de la diabetes, servicios y suministros Pagaremos por los siguientes servicios para todas las personas que padezcan de diabetes (sin importar si usan insulina o no): • Suministros para supervisar sus niveles de glucosa en sangre, que incluyen lo siguiente: ○ un monitor de glucosa en sangre ○ tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en sangre ○ dispositivos de lanceta y lancetas ○ soluciones de control de la glucosa para supervisar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores • Para las personas con diabetes que padezcan de pie diabético grave, pagaremos lo siguiente: ○ un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluyen plantillas), incluido el hormado, y dos pares adicionales de plantillas por año natural; o ○ un par de zapatos de profundidad, incluido el hormado, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas removibles no hechas a la medida que se proporcionan con dichos zapatos) Pagaremos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes, en algunos casos. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Equipo médico duradero y suministros relacionados* (Para ver la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de esta guía). Los siguientes artículos están cubiertos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones eléctricos • suministros para diabéticos • camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) • dispositivos generadores de voz • equipo y suministros para oxígeno • nebulizadores • andaderas Es posible que se cubran otros artículos. Pagaremos todo el equipo médico duradero necesario por motivos médicos que Medicare y Medi-Cal pagan normalmente. Si nuestro proveedor en su área no cuenta con una marca o un fabricante en particular, puede solicitar que lo ordenen especialmente para usted. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • proporcionados por un proveedor capacitado para ofrecer servicios de emergencia; **y** • necesarios para tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una afección que incluye dolor severo o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio sobre la salud y medicina esperaría que tuviera las siguientes consecuencias: • un riesgo grave para su salud o la del niño nonato; **o** • un daño grave a las funciones corporales; **o** • disfunción grave en cualquier órgano o parte del cuerpo; **o** • En el caso de una mujer embarazada en parto activo, cuando: ○ No hay tiempo suficiente para trasladarla de forma segura a otro hospital antes del parto. ○ Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o su seguridad o para la del niño nonato. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita ser hospitalizado para recibir atención después de que se estabilice la emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención hospitalaria únicamente si el plan aprueba su estadía. Usted paga por los servicios de emergencia y cuidado urgente que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta $25,000 por año.r.

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de emergencia (continuación) Ofrecemos hasta $25,000 de cobertura por atención de emergencia o urgente que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos. Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de apoyo a CalOptima y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor para algunos servicios de planificación familiar. Esto se refiere a cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagaremos los siguientes servicios: • Exámenes de planificación familiar y tratamiento médico. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (dispositivo intrauterino [DIU], implantes, inyecciones, pastillas anticonceptivas, parches o anillo). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina). • Consejería y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de planificación familiar (continuación) • Consejería, exámenes y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (STI). • Consejería y exámenes para VIH y SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para escoger este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días, pero no más de 180 días, antes de la fecha de la cirugía). • Consulta sobre genética. También pagaremos algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá consultar a un proveedor de nuestra red de proveedores para recibir los siguientes servicios: • Tratamiento para las afecciones de infertilidad (este servicio no incluye los métodos artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas de diagnóstico.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Programas de educación sobre salud y bienestar Ofrecemos muchos programas que se enfocan en ciertos problemas de salud. Estos incluyen lo siguiente: • clases de educación sobre la salud; • clases de educación en nutrición; • clases para dejar de fumar y consumir tabaco; y • línea directa de enfermería • afiliación a un centro de acondicionamiento o clases de ejercicio El beneficio de acondicionamiento físico incluye afiliación a un gimnasio contratado para el 2019. Los miembros pueden elegir recibir hasta dos (2) paquetes de acondicionamiento físico en el hogar en lugar de la afiliación al gimnasio. Ofrecemos un programa de ejercicio y envejecimiento saludable diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare, incluida la afiliación gratuita a un centro de acondicionamiento o instalación deportiva. Todas las características incluidas son una afiliación común con equipo y entrenamiento cardiovascular y de resistencia, sauna, cuartos de vapor, piscinas de hidromasaje y opciones de diferentes centros. El personal de los centros orienta a cada miembro sobre los servicios y el equipo disponible en el centro. También puede ayudar en la planificación nutricional y régimen de ejercicios. Nuestro objetivo es mejorar la salud y el estado físico general de nuestros miembros. Para lograrlo, si un miembro prefiere hacer ejercicio en casa, existe una selección de ocho paquetes de acondicionamiento físico en el hogar y uno es enviado directamente a su hogar.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios para la audición* Pagamos por las pruebas de audición y de equilibrio hechas por su proveedor. Estas pruebas le dirán si requiere tratamiento médico. Se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Si está embarazada o reside en un centro de enfermería, también pagaremos los audífonos, que incluyen: • moldes, suministros e insertos; • las reparaciones que cuesten más de $25 por reparación; • un juego inicial de baterías; • seis visitas para capacitación, ajustes y montaje con el mismo proveedor con el que obtenga el audífono; • alquiler de audífonos por un período de prueba. El plan cubre hasta $500.00 en gastos por audífonos auriculares sobre el límite de $1,510 cubiertos por Medi-Cal (por un total de $2,010) por año. El monto del plan puede usarse para uno o dos oídios, pero solo se puede usar este beneficio una sola vez durante el año. *Se pueden aplicar reglas de autorización, excepto para los audífonos auriculares. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • soliciten una prueba de detección del VIH; **o** • tengan un riesgo elevado de infectarse con el VIH. Para las mujeres embarazadas pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante un embarazo.	$0
	Agencia de atención médica en el hogar* Antes de que pueda recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe informarnos que usted los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de atención médica en el hogar. Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista. • servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de asistentes de salud en el hogar (cubiertos como beneficio de atención médica en el hogar; los servicios combinados de enfermería especializados y de asistentes de salud en el hogar deben sumar un máximo de 8 horas al día y 35 horas por semana) • terapia física, ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipo médico duradero y suministros *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados paliativos Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir el centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un diagnóstico terminal. Esto significa que usted padece una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. El plan pagará lo siguiente mientras usted reciba servicios de cuidados paliativos: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención en el hogar **Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.** • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidados paliativos (continuación) **Para los servicios cubiertos por OneCare Connect, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** • OneCare Connect cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios sin importar si se relacionan o no con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de OneCare Connect:** • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5. **Aviso:** Si necesita atención que no sea de naturaleza paliativa, debe llamar a su coordinador de atención para coordinar el servicio. La atención que no es de naturaleza paliativa es la que no está relacionada con su enfermedad terminal. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de centro de cuidados paliativos	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Vacunas Pagaremos los siguientes servicios: • vacuna contra la neumonía • vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno • vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o medio de contagiarse de hepatitis B • otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagaremos por otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6 para obtener más información.	$0 por las vacunas de neumonía, gripe, hepatitis B y otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. $0 a $8.50 para vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención hospitalaria como paciente internado* Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesaria por motivos médicos). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos por unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidado intensivo o coronario. • Medicamentos y fármacos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Aparatos, como sillas de ruedas. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0 Usted debe obtener aprobación del plan para seguir recibiendo atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté estabilizada.

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención hospitalaria como paciente internado* (continuación) • Costos de quirófano y sala de recuperacións. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios hospitalarios por abuso de sustancias. • En algunos casos, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestinos o vísceras. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener los servicios de trasplante de forma local o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si OneCare Connect proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige recibir su trasplante ahí, organizaremos o pagaremos los gastos de transporte y alojamiento de usted y un acompañante. • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • servicios médicos Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estadía en hospitalización. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0 Usted debe obtener aprobación del plan para seguir recibiendo atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que la emergencia esté estabilizada.

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes internados* Pagaremos los servicios de atención de salud mental que requieran que permanezca en el hospital. • Los servicios de atención hospitalaria en un hospital psiquiátrico independiente necesarios por motivos médicos que exceden la cobertura de por vida de los primeros 190 días de Medicare son cubiertos sin costo por la agencia local de salud mental del condado. Se requiere la coordinación entre el plan y el plan de salud mental del condado. La autorización para la atención más allá de los 190 días se coordinará con la agencia local de salud mental del condado. ○ El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Si usted es mayor de 65 años, pagaremos los servicios que reciba en un instituto de enfermedades mentales (IMD). *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0
	Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubierta* Si su hospitalización no es razonable ni necesaria, no la pagaremos. Sin embargo, en algunos casos cubriremos los servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o establecimiento de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización no cubiertay* (continuación) Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: ● Servicios de un médico. ● Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio. ● Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. ● Vendajes quirúrgicos. ● Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones. ● Dispositivos prostéticos y ortopédicos, que no sean dentales, incluso el reemplazo y la reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: ○ reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluidos los tejidos contiguos); o ○ reemplazan todas o parte de las funciones de un órgano interno que no funcione o esté fallando. ● Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a fracturas, desgaste, pérdida o cambio en la afección del paciente. ● Terapia física, ocupacional y del habla. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios y suministros para enfermedades renales*	$0
	Pagaremos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para capacitarlo sobre la atención de los riñones y ayudar a los miembros a que tomen buenas decisiones sobre su cuidado. Debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su médico debe referirlo. Cubriremos hasta seis sesiones de servicios educativos para enfermedades renales. • Tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios, que incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3. • Tratamientos de diálisis para pacientes internados, si lo admiten como tal en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación para hacerse la diálisis usted mismo, que incluye capacitación para usted y alguien que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar. • Equipo y suministro para diálisis en el hogar. • Algunos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua. Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección de cáncer de pulmón El plan pagará la detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 55 y 80 años; **y** • obtiene asesoría y una cita para la toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado; **y** • ha fumado al menos una cajetilla al día durante 30 años, sin ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón; o fuma ahora o lo dejó en los últimos 15 años. Después de la primera detección, el plan pagará otra detección cada año con una orden escrita por su médico u otro proveedor calificado.	$0
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con enfermedades renales o diabetes sin diálisis. También para después de un trasplante de riñón cuando su médico lo refiera. Pagaremos tres horas de servicios de consejería individual durante el primer año que usted reciba servicios de terapia de nutrición médica con Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare). Pagaremos dos horas de servicios de consejería individual cada año después de eso. Si hay cambios en su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una referencia del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año natural.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) El plan paga por los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP). Estos servicios estan diseñados para lograr una conducta saludable. Brinda capacitacion práctica en: • cambios alimentarios a largo plazo; **y** • mayor activid fisica; **y** • estrategias para mantener un peso sano y una vida saludable.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. OneCare Connect pagará los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o administrados por infusión mientras recibe servicios en el consultorio médico, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria. • Los medicamentos que tome usando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación administrados personalmente por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A en el momento en el que se realizó el trasplante de órgano. • Los medicamentos inyectables para osteoporosis. Estos medicamentos se pagan si usted no puede salir de casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifique que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Algunos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • Algunos medicamentos para la diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es necesario por motivos médicos), anestésicos tópicos y agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen® Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Globulina intravenosa inmune para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de inmunodeficiencia. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. El Capítulo 6 le explica lo que paga por sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través de nuestro plan. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP)* El MSSP es un programa de administración de casos que ofrece servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) para los individuos elegibles de Medi-Cal. Para ser elegible, deberá tener 65 años o más, vivir dentro del área de servicio de un centro, ser capaz de recibir los servicios dentro de los límites de costo del MSSP, ser apropiado para los servicios de atención administrada, ser actualmente elegible para Medi-Cal y estar certificado o tener capacidad de certificación para su colocación en un centro de enfermería. Los servicios del MSSP incluyen: • centro de cuidados para adultos/centro de apoyo • asistencia en el hogar • asistencia para la atención personal y asistencia diarie • supervisión de protección • administración de atención • ayuda a la persona que le cuide • transporte • servicios de comidas • servicios sociales • servicios de comunicación Este beneficio se cubre por hasta $4,285 por año. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Transporte médico que no es de emergencia*	$0
	Este beneficio permite el transporte que sea más accesible y efectivo en costo. Puede incluir: ambulancia, camioneta con camilla, servicios de transporte médico en camioneta que acepte sillas de ruedas y coordinación con el tránsito. Las formas de transporte están autorizadas cuando: • su afección médica y/o su condición física no le permiten viajar en autobús, automóvil de pasajeros, taxi u otra forma de transporte público o privado; y • el transporte se requiere con el propósito de obtener atención médica necesaria. Dependiendo del servicio, es posible que se requiera autorización previa. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Transporte no médico*	$0
	Este beneficio autoriza el transporte terrestre para miembros a servicios médicos en automóvil pasajero, taxi u otros medios de transporte público o privado de personas no registradas como proveedores de Medi-Cal. No incluye los servicios de transporte de miembros gravemente enfermos, lesionados, lisiados, convalecientes, débiles o de otra manera incapacitados por transporte en ambulancia, camioneta con camilla, o camioneta adaptada para sillas de ruedas.	
	No se cubren los viajes a destinos que no son de naturaleza médica, con la excepción de viajes a un centro de acondicionamiento. CalOptima cubre transporte de ida y vuelta a un centro de acondicionamiento ya que es un beneficio complementario ofrecido por el plan.	
	Tendrá acceso a viajes de ida y vuelta ilimitados.	
	Aplican las reglas de programación. Programe el transporte al menos dos días hábiles antes de su cita llamando al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.	
	Este beneficio no limita su beneficio de transporte médico que no es de emergencia.	
	*Se pueden aplicar requisitos de referencia. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect para obtener más detalles.	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería*	$0
	Un centro de enfermería (NF) es un lugar que ofrece atención para quienes no puedan obtener atención en casa, pero que no necesiten estar en un hospital. Los servicios que pagaremos incluyen, pero no están limitados a, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es necesaria por motivos médicos). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención médica. (Incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de la sangre). ○ Durante los primeros 100 días, los medicamentos están cubiertos por la Parte A (copago de $0). Después de esos 100 días, se aplican los copagos de la Parte D: de $0, $3.80 o $8.50 dependiendo de la etapa de pago y el nivel de ayuda adicional. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Los suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan normalmente en los centros de enfermería. • Las pruebas de laboratorio que se proporcionan normalmente en centros de enfermería. • Las radiografías y otros servicios de radiología que normalmente se proporcionan en los centros de enfermería. **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención en un centro de enfermería* (continuación) • El uso de dispositivos, como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en los centros de enfermería. • Servicios de un médico o un profesional de la medicina. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios para la vista. • Exámenes de audición. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. Por lo general, recibirá la atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que reciba la atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares, si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • Un hogar para personas mayores o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención de centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde viva su cónyuge en el momento en el que usted salga del hospital. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Pruebas de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos la orientación para ayudarle a perder peso. Debe recibir la orientación en un ambiente de atención primaria. De esa forma, podrá administrarse junto con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	$0
	Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios* Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • radiografías • terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales técnicos y suministros • suministros quirúrgicos, como vendajes • entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	$0
	Pagamos los servicios necesarios por motivos médicos que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • Servicios en una sala de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ellos sería necesaria la hospitalización para el tratamiento. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Pruebas preventivas y servicios detallados en la tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que no pueda administrarse usted mismo. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*	$0
	Pagaremos los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • una enfermera clínica especializada • una enfermera especialista titulada • un asistente médico • cualquier otro profesional de atención de salud mental certificado por Medicare como se permite conforme a las leyes estatales aplicables Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • servicios clínicos • tratamientos diarios • servicios de rehabilitación psicosocial • hospitalización parcial/programas ambulatorios intensivos • evaluación y tratamiento de la salud mental individual y grupal • pruebas psicológicas cuando se indique de forma clínica para evaluar un resultado de salud mental • servicios ambulatorios para supervisar la terapia de medicamentos • pruebas de laboratorio, medicamentos, suministros y complementos para pacientes ambulatorios **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* (continuación) • consultas psiquiátricas *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Pagaremos la terapia física, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios por parte de departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, establecimientos de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otras instalaciones. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios como paciente ambulatorio por abuso de sustancias* Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • detección y orientación para el abuso de consumo el alcohol • tratamiento para el abuso de sustancias • consejería grupal o individual por parte de un médico calificado • desintoxicación subaguda en un programa residencial contra adicciones • servicios de alcohol o drogas en un centro ambulatorio de tratamiento intensivo • tratamiento con Naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0
	Cirugía para pacientes ambulatorios* Pagaremos los servicios y la cirugía para pacientes ambulatorios en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de hospitalización parcial* La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o de su terapeuta. Puede ayudar a prevenir que tenga que internarse en el hospital. Debido a que no existen centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0
	Servicios de un médico/proveedor, incluidas las consultas en el consultorio del médico* Pagaremos los siguientes servicios: • Atención médica necesaria por motivos médicos o servicios quirúrgicos proporcionados en lugares como: ○ consultorio del médico ○ centro quirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento para pacientes ambulatorios en un hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de un médico/proveedor, incluidas las consultas en el consultorio del médico* (continuación) ● Exámenes básicos de audición y equilibrio proporcionados por su proveedor de atención primaria, si su médico lo ordena para saber si necesita tratamiento. ● Una segunda opinión antes de un procedimiento médico. ● Atención dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: ○ cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas ○ arreglo de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales ○ extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplásico ○ servicios que se cubrirían cuando los proporcione un médico *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Servicios de podología* Pagaremos los siguientes servicios: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) • cuidado de rutina para los pies para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las piernas, como la diabetes El plan también ofrece el servicio de cuidado de rutina para los pies como beneficio complementario, hasta 12 consultas por año. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0
	Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagaremos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • una prueba rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0
	Dispositivos prostéticos y suministros relacionados* Los dispositivos prostéticos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Pagaremos los siguientes dispositivos prostéticos, y es posible que también otros dispositivos que no se encuentren en esta lista: • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Dispositivos prostéticos y suministros relacionados* (continuación) • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos prostéticos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico luego de una mastectomía) • crema y pañales para la incontinencia También pagaremos algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. También pagaremos para reparar o reemplazar los dispositivos prostéticos. Ofrecemos cierta cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía por cataratas. Consulte “cuidado de la visión” más adelante en esta sección para conocer los detalles. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar* Pagaremos los programas de rehabilitación pulmonar para los afiliados que padezcan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con una referencia para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC. Pagaremos los servicios respiratorios para los pacientes dependientes de un ventilador artificial. *Se pueden aplicar reglas de autorización.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Detección y consejería para infecciones de transmisión sexual Pagaremos las pruebas de detección para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para personas con alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Un proveedor de atención primaria deberá ordenar las pruebas. Cubrimos estas evaluaciones una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagaremos hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento en persona cada año para los adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagaremos estas sesiones de consejería como servicio preventivo únicamente si las ofrece un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben ser en un ambiente de atención primaria, como un consultorio del médico.	$0
	Atención en un establecimiento de enfermería especializada* Pagaremos los siguientes servicios y es posible que también otros servicios que no se encuentren en esta lista: • habitación semiprivada o habitación privada, si es necesaria por motivos médicos; • comidas, incluidas las dietas especiales; • servicios de enfermería; • terapia física, ocupacional y del habla; • los medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención médica, incluidas las sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de la sangre; **Este beneficio continúa en la siguiente página.**	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención en un establecimiento de enfermería especializada* (continuación) • sangre, incluidos el almacenamiento y la administración; • los suministros médicos y quirúrgicos que se proporcionan en centros de enfermería; • las pruebas de laboratorio que se proporcionan en centros de enfermería; • las radiografías y otros servicios de radiología que se proporcionan en centros de enfermería; • dispositivos, como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en centros de enfermería; • servicios de un médico o un profesional de la medicina. Por lo general, recibirá la atención en centros de la red. Sin embargo, es posible que reciba la atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares, si aceptan las cantidades de pago de nuestro plan: • un hogar para personas mayores o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención de centro de enfermería); • un centro de enfermería donde viva su cónyuge en el momento en el que usted salga del hospital. *Se pueden aplicar reglas de autorización. Debe hablar con su proveedor y obtener una referencia.	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) El plan paga la SET para los miembros con enfermedad vascular periférica sintomática (symptomatic peripheral artery disease, PAD) que son referidos por el médico responsable del tratamiento de la PAD. El plan paga por: • hasta 36 sesiones en el transcurso de 12 semanas al cumplir todos los requisitos del programa SET • 36 sesiones adicionales por un plazo prolongado si un médico considera que es necesario por motivos médicos El programa SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración que incluyan un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para la PAD en el caso de pacientes con calambres en las piernas causado por claudicación • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños, y que además esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero profesional/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de mantenimiento de la vida tanto básicas como avanzadas	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Atención de urgencia La atención de urgencia es atención que se proporciona para tratar: • situaciones que no son de emergencia que requieren atención médica inmediata; o • una enfermedad imprevista; o • una enfermedad imprevista; o • una afección que requiera atención médica de inmediato. Si requiere atención de urgencia, primero debe intentar recibirla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede acudir a proveedores fuera de la red cuando no pueda comunicarse con un proveedor de la red. Ofrecemos hasta $25,000 de cobertura por atención de emergencia o urgente que recibe fuera de los Estados Unidos. Los servicios son cubiertos en todo el mundo bajo las mismas condiciones de necesidad y conveniencia médica que se aplicaría al recibir los mismos servicios dentro de los Estados Unidos. Primero debe pagar por los servicios médicos que recibió, obtener el resumen de alta o documentación médica equivalente y comprobante de pago, de preferencia en inglés y en dólares estadounidenses. Después debe presentar la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de apoyo a CalOptima y valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	$0 Usted paga por los servicios de emergencia y cuidado urgente que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta $25,000 por año.

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Cuidado de la visión Pagaremos los siguientes servicios: • un examen de la vista de rutina por año; y • hasta $150 sobre el límite de $100 impuestos por Cal MediConnect para anteojos (marcos y lentes) y lentes de contacto cada dos años (un monto total de $250). Pagaremos los servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de los ojos de retinopatía diabética para personas que padecen diabetes y tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección del glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de contraer glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroestadounidenses mayores de 50 años • hispanoestadounidenses mayores de 65 años Pagaremos un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. (Si se realiza dos cirugías de cataratas por separado, deberá obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede recibir dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya recibido el par de anteojos después de la primera cirugía).	$0

Servicios por los que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Cubrimos la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye: • una revisión de su salud; • educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesite (incluidas pruebas de detección y vacunas); y • las referencias para otro tipo de atención, si la necesita. Aviso: Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses que cuente con la Parte B de Medicare. Cuando haga una cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de OneCare Connect

Los siguientes servicios no están cubiertos por OneCare Connect, pero están disponibles a través de Medicare o Medi-Cal (Medicaid).

E1. Transiciones Comunitarias de California (CCT)

El programa Transiciones Comunitarias de California (CCT, por sus siglas en inglés) utiliza organizaciones locales líderes para ayudar a beneficiarios elegibles de Medi-Cal que hayan vivido en una institución como pacientes hospitalizados por lo menos 90 días consecutivos en su transición de vuelta, y a permanecer de forma segura en, un ambiente comunitario. El programa CCT financia los servicios de coordinación de la transición durante el periodo previo a esta y durante 365 días después de la transición para ayudar a los beneficiarios a regresar a un ambiente comunitario.

Puede recibir servicios de coordinación de la transición de cualquier organización líder de CCT que brinde servicios en el condado donde usted viva. Puede encontrar una lista de organizaciones líderes de CCT y de los condados donde trabajan en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica en: http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

Para los servicios de coordinación de la transición de CCT:

Medi-Cal (Medicaid) pagará los servicios de coordinación de la transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios que no están relacionados con su CCT:

El proveedor cobrará a OneCare Connect por sus servicios. OneCare Connect pagará por los servicios proporcionados después de su transición. Usted no paga nada por estos servicios.

Mientras recibe los servicios de coordinación de la transición de CCT, OneCare Connect pagará los servicios que se enumeran en la tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo.

No hay cambios en los beneficios de cobertura de medicamentos de OneCare Connect:

Los medicamentos no están cubiertos por el programa CCT. Continuará recibiendo su beneficio normal de medicamentos a través de OneCare Connect. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Aviso: Si necesita atención de transición que no sea de CCT, deberá llamar a su coordinador de atención para coordinar los servicios. La atención de la transición que no sea de CCT es atención que no se relaciona con su transición desde una institución o desde un centro.

E2. Programa Dental de Medi-Cal (Medicaid)

Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal (Denti-Cal). Los servicios incluyen:

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

Los beneficios dentales están disponibles a través del programa Denti-Cal de pago por servicio. Para obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte Denti-Cal, llame al Departamento de Servicios para Miembros Beneficiarios de Denti-Cal al 1-800-322-6384 (usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-735-2922). Esta llamada es gratuita. Los representantes del programa de Denti-Cal están disponibles para ayudarle de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. También

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

puede visitar el sitio web de Denti-Cal en http://www.denti-cal.ca.gov/ para obtener más información.

Además de Denti-Cal de pago por servicio, también puede recibir beneficios dentales a través de un plan de atención de administración dental. Los planes de atención de administración dental están disponibles en el Condado de Los Ángeles. Si quiere más información sobre los planes dentales, necesita ayuda para identificar su plan dental o quiere cambiar de plan dental, comuníquese con Health Care Options al 1-800-430-4263 (usuarios de la línea TDD deben llamar al 1-800-430-7077), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

E3. Cuidados paliativos

Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir el centro de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un diagnóstico terminal. Esto significa que usted padece una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la tabla de beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información acerca de lo que OneCare Connect paga mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que cubren la Parte A o B de Medicare y que se relacionen con su diagnóstico terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos cobrará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su enfermedad terminal (excepto por la atención de emergencia o la atención necesaria de urgencia):

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

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de OneCare Connect:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Aviso: Si necesita atención que no sea de naturaleza paliativa, debe llamar a su coordinador de atención para coordinar el servicio. La atención que no es de naturaleza paliativa es la que no está relacionada con su enfermedad terminal.

F. Beneficios no cubiertos por OneCare Connect, Medicare ni Medi-Cal

Esta sección le informa qué tipo de beneficios están excluidos del plan. Excluido significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medi-Cal tampoco pagarán por ellos.

La siguiente lista describe algunos servicios y elementos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos solamente en algunos casos.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se describen en esta sección (o en cualquier otro apartado de esta Guía para Miembros), excepto bajo las condiciones específicas señaladas. Si considera que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes elementos y servicios:

- Los servicios considerados no "razonables ni necesarios por motivos médicos", según los estándares de Medicare y Medi-Cal, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, páginas 33-53, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
- El tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea necesario por motivos médicos y Medicare pague por ello.
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea necesario por motivos médicos.
- Servicios privados de enfermería.
- Artículos personales, como teléfono o televisión, en su habitación de hospital o en un centro de enfermería.
- Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o los miembros de su familia.
- Comidas entregadas en su casa.

- Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (como los relacionados con la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, los fines estéticos, el antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean necesarios por motivos médicos.
- Cirugía cosmética u otros tratamientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, pagaremos la reconstrucción mamaria después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para darle la misma forma.
- Atención quiropráctica, distinta a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de la cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, excepto según se describe en los servicios de Podología y en la tabla de beneficios en la Sección D.
- Zapatos ortopédicos, a menos que estos sean parte de la prótesis de una pierna y estén incluidos en el costo de la prótesis, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otra ayuda para la visión baja.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministro de anticonceptivos sin receta.
- Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA sea mayor al costo compartido de nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de las cantidades de costos compartidos.

Capítulo 5: ¿Cómo obtener sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio a través del plan?

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le receta y que puede conseguir en una farmacia o a través de pedidos por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y Medi-Cal. El Capítulo 6 le informa cuánto debe pagar por estos medicamentos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros.*

A pesar de que no se hablará de ellos en este capítulo, OneCare Connect también cubre los siguientes medicamentos:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que usted recibe cuando se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que usted recibe durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor y los medicamentos que recibe en una clínica de diálisis. Para saber más sobre cuáles son los medicamentos de la Parte B de Medicare que están cubiertos, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Reglas para la cobertura del plan de medicamentos para pacientes ambulatorios

Generalmente cubriremos sus medicamentos, siempre y cuando siga las normas de esta sección.

1. Un médico u otro proveedor debe recetarlos. A menudo esta persona es su proveedor de atención primaria o médico general (PCP). Si su médico general lo refirió para recibir atención médica, puede ser otro proveedor de la red.
2. Por lo general debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento con receta debe encontrarse en la Lista de medicamentos cubiertos del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
   - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que hagamos una excepción y lo cubramos.
   - Consulte el Capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

4. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information; el sistema de información DRUGDEX; y para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores.

El uso de medicamentos para tratar afecciones que no estén aprobados por la FDA o respaldados por los libros de referencia se llama "uso no indicado en la etiqueta". Los medicamentos que se receten para usos no indicados en la etiqueta no se aceptan por motivos médicos y no están cubiertos a menos que:

El medicamento no sea un medicamento de Medicare, el uso no indicado en la etiqueta se describa en literatura avalada por pares y el medicamento sea necesario por motivos médicos. Necesario por motivos médicos significa que la administración del medicamento es razonable y es necesario para proteger la vida, para prevenir enfermedades o discapacidades graves, o para aliviar dolores agudos a través del diagnóstico o tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

Table of Contents

A. ¿Cómo surtir sus recetas? . . . 115
A1. Surta su receta en una farmacia de la red . . . 115
A2. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta . . 115
A3. ¿Qué hacer si quiere cambiarse a otra farmacia de la red? . . . 115
A4. ¿Qué hacer si la farmacia que usted utiliza se retira de la red? . . . 115
A5. ¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada? . . . 116
A6. ¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? . . . 116
A7. ¿Puede usar una farmacia que no esté en la red del plan? . . . 117
A8. ¿El plan le reembolsará lo que pague por surtir una receta? . . . 117

B. La Lista de medicamentos del plan . . . 118
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos . . . 118
B2. ¿Cómo localizar un medicamento en la Lista de medicamentos? . . . 118
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos . . . 118
B4. Los niveles de costo compartido en la Lista de medicamentos . . . 119

C. Límites de ciertos medicamentos . . . 121

D. Razones por las cuales su medicamento puede no estar cubierto . . . 123
D1. Puede obtener un suministro temporal . . . 123

E. Cambios en la cobertura de medicamentos . . . 126

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales . . . 129
F1. Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por nuestro plan . . . 129
F2. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo . . . 129
F3. Si está en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare . . . 129

G. Programas para la seguridad y el manejo de los medicamentos . . . 131
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura . . . 131
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos . . . 131

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

G3. Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura 132

A. ¿Cómo surtir sus recetas?

A1. Surta su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagaremos las recetas **solo** si se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de Proveedores y Farmacias, visitar nuestra página web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

A2. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos cobrará nuestra parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Tendrá que realizar un copago a la farmacia cuando recoja el medicamento.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro en el momento de surtir su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento cuando lo recoja. Después puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar. Si no puede pagar el medicamento, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros. Haremos todo lo posible por ayudarle.

- Para saber cómo solicitar un reembolso, consulte el Capítulo 7.
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

A3. ¿Qué hacer si quiere cambiarse a otra farmacia de la red?

Si quiere cambiar de farmacia y necesita que le vuelvan a surtir una receta, puede pedir una receta nueva a su proveedor o solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

A4. ¿Qué hacer si la farmacia que usted utiliza se retira de la red?

Si la farmacia que usted utiliza se retira de la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva de la red.

Para encontrar otra farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

A5. ¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministren medicamentos para terapia mediante infusiones caseras.
- Farmacias que suministren medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas mayores.
    - Generalmente, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que reciba los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
    - Si la farmacia del centro de cuidado a largo plazo no está en nuestra red o si tiene problemas para obtener los beneficios de medicamentos en el centro de cuidado a largo plazo, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros.
- Las farmacias que presten servicios al Programa de Servicios de Salud para Indígenas, al Programa de Salud Tribal o al Programa Urbano de Salud para Indígenas. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos y los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo especial e instrucciones para su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestra página web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

A6. ¿Puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Usted puede obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo que se encuentren en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que debe tomar regularmente para una afección crónica o a largo plazo. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su copago puede ser más bajo.

Algunas farmacias de la red le permiten tener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 90 días tiene el mismo copago

que un suministro para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le ofrecen un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

A7. ¿Puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Generalmente, pagaremos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no pueda usar una farmacia de la red. Tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- No puede obtener un medicamento recetado cubierto oportunamente en su zona de servicio porque una farmacia de la red no está disponible o no está en operación. (Por ejemplo, no hay una farmacia de la red que proporcione servicio las 24 horas a una distancia razonable en automóvil).
- Si necesita surtir una receta para un medicamento cubierto que no tengan en existencia en una farmacia de la red que sea accesible. (Por ejemplo, un medicamento especializado).
- Está de viaje fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le termina el medicamento, si pierde su medicamento o si se enferma y no puede tener acceso a una farmacia de la red.
- El medicamento de la receta es por atención médica de emergencia o urgente cuando las farmacias de la red no están disponibles.

En estos casos, consulte primero al Departamento de Servicios para Miembros para ver si hay una farmacia de la red cercana.

A8. ¿El plan le reembolsará lo que pague por surtir una receta?

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente usted tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago al surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar.

Para obtener más información al respecto, consulte el Capítulo 7.

B. La Lista de medicamentos del plan

Tenemos una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos "Lista de medicamentos".

Nosotros, con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionamos los medicamentos de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna regla que usted deba seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos, siempre y cuando usted siga las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare, y algunos medicamentos con receta y medicamentos de venta libre (OTC) que se pueden comprar sin receta y productos cubiertos por los beneficios de Medi-Cal.

La Lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca por ejemplo, el DILANTIN como los medicamentos genéricos por ejemplo, la simvastatina. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los de marca. En general, funcionan exactamente igual que los medicamentos de marca y normalmente cuestan menos.

El plan también cubre algunos medicamentos y productos de venta libre que se pueden comprar sin receta. Algunos medicamentos de venta libre que se pueden comprar sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan exactamente igual. Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. ¿Cómo localizar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar la página web del plan, en **www.caloptima.org/onecareconnect**. La Lista de medicamentos de la página web es siempre la más actualizada.
- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no nos permite cubrir dichos medicamentos. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

OneCare Connect no pagará los medicamentos incluidos en esta sección. A estos se les llama medicamentos excluidos. Si le extienden una receta para un medicamento excluido, usted debe pagarlo por su cuenta. Si considera que debemos pagarle un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9).

Las siguientes son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye medicamentos de la Parte D y de Medi-Cal) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare. Los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare están cubiertos gratuitamente por OneCare Connect, pero no se consideran dentro de los beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), o bien estar respaldado por ciertos libros de referencia como tratamiento para su afección. Su médico podría recetarle un cierto medicamento para tratar su afección, incluso si no estuviera aprobado para tratar dicha afección. Esto se llama uso no indicado en la etiqueta. Nuestro plan normalmente no cubre medicamentos que se recetan para un uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley los tipos de medicamentos indicados a continuación no están cubiertos por Medicare ni por Medi-Cal.

- medicamentos para promover la fertilidad;
- medicamentos usados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello;
- medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra®, y Caverject®;
- medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la empresa que elabora los medicamentos dice que se deben realizar pruebas u obtener servicios que solamente ellos proporcionan.

B4. Los niveles de costo compartido en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos están en uno de los tres (3) niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o medicamentos de venta libre

que se pueden comprar sin receta). En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, mayor es el costo que usted tiene que pagar por el medicamento.

- El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo.
- El nivel 2 incluye los medicamentos de marca. Este es el nivel más alto.
- El nivel 3 incluye medicamentos que no son cubiertos por Medicare. Estos artículos están cubiertos por Medi-Cal.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos.

El Capítulo 6 indica la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites de ciertos medicamentos

Para algunos medicamentos con receta existen reglas que limitan la manera y el momento en que el plan los cubre. En general, nuestras reglas promueven que usted obtenga medicamentos que funcionen para su afección médica y que sean seguros y eficaces. Cuando un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor use el medicamento de menor costo.

Si existe alguna regla especial para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor primero tenga que decirnos su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de sus estudios de sangre. Si usted o su proveedor consideran que no se debe aplicar nuestra regla a su situación, debe solicitar que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no en permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para saber más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9.

1. Límite en el uso de un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible.

Normalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica.

- Normalmente no pagamos por el medicamento de marca cuando existe uno genérico.
- No obstante, si su proveedor nos da la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto que sirva para tratar la misma afección funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Es posible que su copago sea mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. Obtener aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de OneCare Connect antes de surtir su receta. Si no obtiene esta aprobación, es posible que OneCare Connect no cubra el medicamento.

3. Primero hay que probar un medicamento diferente

En general, preferimos que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igual de efectivos) antes de cubrir los medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar la misma afección, y el medicamento A cuesta menos que el B, es posible que le solicitemos que pruebe antes el medicamento A.

Si el medicamento A no le funciona, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama terapia por etapas.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos limitamos la cantidad que puede recibir. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para saber si alguna de las reglas de arriba se aplica a algún medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestra página web, en **www.caloptima.org/onecareconnect**.

D. Razones por las cuales su medicamento puede no estar cubierto

Intentamos que la cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero algunas veces un medicamento puede no estar cubierto de la forma en que usted quisiera. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. El medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos. La versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero el de marca que usted desea no lo está. Puede tratarse de un medicamento nuevo y todavía no hemos verificado su seguridad y efectividad.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o límites especiales en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección anterior, existen reglas que limitan el uso de algunos de los medicamentos cubiertos en nuestro plan. En algunos casos, usted o la persona que le hizo la receta pueden pedirnos que hagamos una excepción a alguna regla.

Existen opciones si su medicamento no está cubierto de la forma en que quisiera.

D1. Puede obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos darle un suministro temporal de algún medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o esté limitado de alguna manera. Esto le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre obtener otro medicamento o solicitarnos que se cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las siguientes dos reglas:

1. El medicamento que ha estado tomando:
   - Ya no se encuentra en la Lista de medicamentos; ***o***
   - Nunca formó parte de nuestra Lista de medicamentos; ***o***
   - Ahora está limitado de alguna forma.
2. Usted debe encontrarse en alguna de estas situaciones:
   - Estaba en el plan el año pasado.
     - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año natural**.
     - Este suministro temporal será por un máximo de 30 días.
     - Si la receta indica menos días, permitiremos que la surta varias veces para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.

- Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar el medicamento recetado en cantidades menores cada vez para evitar desperdicios.

- Es nuevo en nuestro plan.
  - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan**.
  - Este suministro temporal será por un máximo de 30 días.
  - Si su receta indica menos días, permitiremos que la surta varias veces para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir su receta en una farmacia de la red.
  - Las farmacias de cuidado a largo plazo pueden proporcionar el medicamento recetado en cantidades menores cada vez para evitar desperdicios.
- Ha sido miembro del plan por más de 90 días y vive en un centro de cuidado a largo plazo y requiere un suministro inmediato.
  - Cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto es aparte del suministro de transición de cuidado a largo plazo ya mencionado.
  - Está cambiando de un tratamiento a otro (esto se llama cambio de nivel de atención).

    Los ejemplos de un cambio de nivel de atención incluyen: ingresar a un centro de cuidado a largo plazo de un hospital de atención aguda; ser dado de alta del hospital; terminar una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A para pasar a cobertura de la Parte D; renunciar al estatus del centro de cuidados paliativos para volver a los beneficios normales de la Parte A y la Parte B; terminar una estadía en un centro de cuidado a largo plazo y volver a la comunidad; y ser dado de alta de un hospital psiquiátrico.

    Si tiene un cambio de nivel de atención, cubriremos un suministro temporal de su medicamento. Este suministro temporal será un suministro para un máximo de 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos que la surta varias veces para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Se debe surtir la receta en una farmacia de la red. Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

  Puede que exista otro medicamento que le sirva y que esté cubierto por nuestro plan. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección. La lista le puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera servirle.

  O

- Puede pedir que se haga una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos cubrir un medicamento incluso cuando no se encuentre en la Lista de medicamentos. O puede solicitarnos que se le cubra un medicamento ilimitadamente. Si su proveedor afirma que usted tiene una buena razón médica para hacer una excepción, entonces puede ayudarle a solicita.

Si alguno de los medicamentos que está tomando se va a retirar de la Lista de medicamentos o a limitar de alguna manera durante el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del siguiente año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio para el próximo año en la cobertura de su medicamento. Entonces usted puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la manera en que le gustaría que lo cubriéramos para el siguiente año.
- Responderemos a su solicitud de excepción durante las próximas 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de apoyo de quien le recetó el medicamento).

Para saber más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción de cobertura, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

E. Cambios en la cobertura de medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se hace el 1 de enero. Sin embargo, podemos agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar las reglas de los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir que se requiera o no una autorización previa para el medicamento. (Una autorización previa es permiso de OneCare Connect antes de obtener el medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad del medicamento que puede recibir (esto es conocido como límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia por etapas para un medicamento. (Terapia por etapas significa que debe tratar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Consulte la Sección C anterior de este capítulo para más información sobre las reglas de estos medicamentos.

Generalmente, si está tomando un medicamento que fue cubierto al **principio** del año, no lo eliminaremos ni cambiaremos la cobertura del medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- sale al mercado un medicamento nuevo, más económico, que funciona igual que el medicamento actualmente en la Lista de medicamentos, **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro, **o**
- se retira el medicamento del mercado.

Para más información sobre lo que pasa cuando cambia la Lista de medicamentos, puede:

- consultar la Lista de medicamentos actualizada en línea en **www.caloptima.org/onecareconnect**, o
- llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos más actualizada al **1-855-705-8823**.

Algunos cambios de la Lista de medicamentos serán **inmediatos.** Por ejemplo:

- Sale al mercado un medicamento genérico nuevo. En ocasiones, sale al mercado un medicamento nuevo y más económico que funciona tan bien como el medicamento actualmente en la Lista de medicamentos. Cuando suceda esto, podemos eliminar el medicamento actual, pero su costo por el medicamento nuevo será lo mismo o más bajo.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Al agregar un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento actual en la lista, pero cambiar las reglas o límites.
    - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hagamos.
    - Usted o su proveedor puede solicitar una "excepción" a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) indica que algún medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante lo retira del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Le avisaremos de este cambio si está tomando el medicamento. Puede trabajar con su médico o proveedor recetante para buscar un medicamento diferente que cubramos para tratar su enfermedad. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar su enfermedad.

Podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre otros cambios a la Lista de medicamentos. Surgirán estos cambios si:

- La FDA impone pautas nuevas o existen lineamientos clínicos nuevos para el medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo al mercado y
    - sustituimos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos, o
    - cambiamos las reglas o límites de cobertura de un medicamento de marca.

Cuando surjan estos cambios, debemos informarle al menos 30 días antes de implementar los cambios a la Lista de medicamentos o a la hora de surtir su medicamento. Así tendrá suficiente tiempo para hablar con su médico o proveedor recetante. Su proveedor puede ayudarle a decidir si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar o si debe solicitar una excepción. Puede, bien sea:

- obtener un suministro de 30 días del medicamento antes de implementar el cambio a la Lista de medicamentos, o
- solicitar una excepción a estos cambios. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para más información sobre las excepciones.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por nuestro plan.

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. No tendrá que hacer un copago. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre y cuando cumplan todas nuestras reglas para recibir cobertura.

Para saber más acerca de la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el Capítulo 6.

F2. Si se encuentra en un centro de cuidado a largo plazo

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas mayores, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos los residentes. Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Revise nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros.

F3. Si está en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante o un medicamento contra la ansiedad que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no se relaciona con su enfermedad terminal y los padecimientos relacionados, nuestro plan debe tener una notificación de quien expide la receta o del proveedor de su centro de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar que le entreguen con retraso cualquier medicamento no relacionado que debe estar cubierto por nuestro plan, puede pedir al proveedor de su centro de cuidados paliativos o a quien expide la receta que se asegure de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que pida a su farmacia surtir la receta.

Si deja el centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando termine el beneficio de su centro de cuidados paliativos de Medicare, usted debe llevar documentación a la farmacia para verificar que ha salido del centro. Vea las partes previas de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D.

Para obtener más información sobre el beneficio del centro de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4.

G. Programas para la seguridad y el manejo de los medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Cada vez que surta una receta, buscamos problemas potenciales, como errores con el medicamento o medicamentos que:

- pueden ser innecesarios porque está tomando otro medicamento que hace lo mismo
- pueden ser inseguros para su edad o su género
- pueden hacerle daño si los toma juntos
- contienen sustancias a las que sea alérgico

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones, puede ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración terapéutica de medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a garantizar que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma.
- Cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y sus reacciones.
- Cómo tomar mejor sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta o que se pueden comprar sin receta.

Recibirá un resumen por escrito de este análisis. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y por qué los toma.

Es buena idea pedir que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Salud y Bienestar”, para que pueda hablar con sus médicos sobre su plan de acción y sobre su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento para hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros

proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos si acude al hospital o a la sala de emergencia.

Los programas de administración terapéutica de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros elegibles. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, será inscrito en el programa y le enviaremos información. Si no quiere participar en el programa, díganoslo para retirarlo del programa.

Si tiene preguntas sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

G3. Programa de Administración de Medicamentos para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

OneCare Connect cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, es posible que nos comuniquemos con sus médicos para asegurarnos de que los usa de manera adecuada y que son necesarios desde el punto de vista médico. Si al trabajar con sus médicos, determinamos que usted corre riesgo por el uso incorrecto o el abuso de los medicamentos opioides o con benzodiazepina, es posible que limitemos su acceso a dichos medicamentos. Las limitaciones podrían ser las siguientes:

- requerir que surta todos esos medicamentos de una sola farmacia y/o de un solo médico
- limitar la cantidad de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si decidimos aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará las limitaciones que consideramos deberían aplicarse.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con lo que determinamos respecto a que está en riesgo por el abuso de los medicamentos recetados o las limitaciones, usted y el proveedor recetante tienen derecho a solicitar una apelación. (Consulte el Capítulo 9 para más información sobre cómo solicitar una apelación).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, **o**
- recibe cuidados paliativos, **o**
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

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

Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos con receta como paciente ambulatorio. Al hablar de "medicamentos" nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medi-Cal, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal, está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

> **Ayuda adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La ayuda adicional también se conoce como "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

Otros términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros.*

Para obtener más información acerca de los medicamentos con receta, puede buscar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
  - La llamamos "Lista de medicamentos". Esta le indica:
    - → Cuáles son los medicamentos que pagamos.
    - → A cuál de los tres (3) niveles de costos compartidos pertenece cada medicamento.
    - → Si hay límites para los medicamentos.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web, en **www.caloptima.org/onecareconnect**. La Lista de medicamentos de la página web siempre está actualizada.

- Capítulo 5 de esta *Guía para Miembros*.
    - El Capítulo 5 le indica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
    - Incluye las reglas que debe seguir. También dice cuáles son los tipos de medicamentos con receta que no están cubiertos por nuestro plan.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
    - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han accedido a trabajar con nosotros.
    - El Directorio de Proveedores y Farmacias tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más acerca de las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Índice

A. *Explicación de beneficios* (EOB) 136

B. ¿Cómo llevar la cuenta de sus costos por medicamentos? 137

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare 139

D. Etapa 1: la etapa de cobertura inicial 140

D1. Sus opciones de farmacia 140

D2. ¿Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento? 140

D3. ¿Cuánto paga usted? 141

D4. ¿Cuándo termina la etapa de cobertura inicial? 142

E. Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica 143

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro mensual completo 143

G. Ayuda con el costo compartido por medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA 144

G1. ¿Qué es el Programa de Ayuda para Medicamentos para el SIDA (ADAP)? . . . 144

G2. ¿Qué hacer si no está inscrito en el ADAP? 144

G3. ¿Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP? 144

H. Vacunas 145

H1. ¿Qué debe saber antes de que lo vacunen? 145

H2. ¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D de Medicare? 145

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

A. *Explicación de beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos la cuenta de dos tipos de costos:

- Los **costos personales**. Esta es la cantidad de dinero que usted, o las personas que paguen por usted, paga por sus medicamentos con receta.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Esta es la cantidad de dinero que usted, o las personas que paguen por usted, paga por sus medicamentos con receta, más la cantidad que nosotros pagamos.

Cuando obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. Para abreviar, lo llamamos EOB. La EOB incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** El informe indica qué medicamentos con receta obtuvo. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que pagaron usted y las personas que paguen por usted.
- **Información "de este año a la fecha".** Estos son sus costos totales de medicamentos y el total de pagos realizados desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que Medicare no cubre.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para el total de los costos personales.
- Para averiguar cuáles son los medicamentos que cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

B. ¿Cómo llevar la cuenta de sus costos por medicamentos?

Para llevar la cuenta de sus costos por medicamentos y de los pagos que realiza, usamos registros que recibimos de usted y de su farmacia. Nos puede ayudar de la siguiente manera:

1. Use su tarjeta de identificación de miembro.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que le surtan una receta. Esto nos ayudará a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que requerimos.

Denos copias de los recibos de compra de los medicamentos por los que ha pagado. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo compartido del medicamento que nos corresponde.

Estas son algunas ocasiones en las que debe darnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no forme parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realice un copago por medicamentos que obtenga como parte del programa de ayuda a pacientes de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando pague el precio completo por un medicamento cubierto.

Para saber cómo solicitarnos que le reembolsemos la *parte del costo compartido del medicamento* que nos corresponde, consulte el Capítulo 7.

3. Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.

Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los costos personales. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda para medicamentos para tratar el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las instituciones de beneficencia cuentan como parte de los costos personales. Esto puede ayudarlo a calificar para recibir cobertura catastrófica. Cuando alcanza el nivel de cobertura catastrófica, el plan OneCare Connect paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D durante el resto del año.

4. Revise los informes que le enviamos.

Cuando reciba una *Explicación de beneficios* en el correo, verifique que se encuentre completa y que sea correcta. Si considera que algo está equivocado o que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en el plan OneCare Connect. La cantidad que debe pagar depende de la etapa en la que se encuentre cuando se le surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: etapa de cobertura inicial	Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. A su parte se le llama el copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, nosotros pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2019. Usted comienza esta etapa cuando ya pagó una cierta cantidad de costos personales.

D. Etapa 1: la etapa de cobertura inicial

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte. A su parte se le llama el copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y del lugar donde usted lo adquiera.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en uno de los tres (3) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número de nivel, más alto es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido para sus medicamentos, puede consultar la Lista de medicamentos.

- El Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. Este es el nivel más bajo. El copago es de $0.
- El Nivel 2 incluye los medicamentos de marca. Este es el nivel más alto. El copago es de $0, $3.80 o $8.50, según su ingreso.
- El Nivel 3 incluye los medicamentos no cubiertos por Medicare. Estos medicamentos son cubiertos por Medi-Cal. El copago es de $0.

D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende del lugar donde lo adquiera:

- Una farmacia de la red, ***o***
- Una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 para saber cuándo hacemos esto.

Para tener más información sobre las opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 en esta guía y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D2. ¿Cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento?

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro de largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro de largo plazo es un suministro hasta para 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para conocer los detalles sobre cuándo y cómo obtener un suministro de largo plazo, consulte el Capítulo 5 o el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D3. ¿Cuánto paga usted?

Durante la etapa de cobertura inicial, es posible que tenga que realizar un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros para saber cuál es su copago para cualquier medicamento cubierto.

Su costo compartido cuando obtiene un suministro de un mes o de largo plazo de un medicamento con receta cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o hasta 90 días	**Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red** Un suministro de hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles.
Nivel 1 **de costo compartido** (medicamentos genéricos)	$0	$0	$0
Nivel 2 **de costo compartido** (medicamentos de marca)	$0 hasta que el total de costos por sus medicamentos supere $3,820, después el copago será $0, $3.80 o $8.50	$0 hasta que el total de costos por sus medicamentos supere $3,820, después el copago será $0, $3.80 o $8.50	$0 hasta que el total de costos por sus medicamentos supere $3,820, después el copago será $0, $3.80 o $8.50

Nivel 3 de costo compartido (medicamentos no cubiertos por Medicare)	$0	$0	$0

Para obtener información sobre cuáles son las farmacias que pueden surtirle suministros de largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias.*

D4. ¿Cuándo termina la etapa de cobertura inicial?

La etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus costos personales alcanza los $5,100. En ese momento empieza la etapa de cobertura catastrófica. Nosotros cubrimos todos los costos de sus medicamentos a partir de entonces y hasta el final del año.

Los informes de su Explicación de beneficios le ayudarán a mantener un control de lo que ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de $5,100. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: etapa de cobertura catastrófica

Cuando usted alcanza el límite de costos personales de *$5,100* por sus medicamentos con receta, empieza la etapa de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año natural. Durante esta etapa, el plan le pagará todos los costos de sus medicamentos de Medicare.

F. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro mensual completo

Normalmente, usted realiza un copago para cubrir un suministro de un medicamento cubierto para todo un mes. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro para menos de un mes de sus medicamentos.

- Es posible que haya casos en que desee preguntarle a su médico sobre la prescripción de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el costo del suministro para todo el mes de ciertos medicamentos.

Cuando le den un suministro de un medicamento para menos de un mes, su copago se basará en el número de días para los que reciba el medicamento. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por el número de días para los que reciba el medicamento.

- Por ejemplo, digamos que el copago de su medicamento para un suministro de todo un mes (un suministro para 30 días) es de $1.25. Eso significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es un poco más de $0.04. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de $0.04 por día, multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de $0.29.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le funciona, antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedir a su proveedor que le recete el suministro de un medicamento para menos de un mes si esto le ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido de diferentes recetas y así poder ir menos veces a la farmacia. La cantidad que usted pague dependerá de los días de suministro que reciba.

G. Ayuda con el costo compartido por medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA

G1. ¿Qué es el Programa de Ayuda para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Ayuda para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) permite garantizar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para pacientes ambulatorios que también están cubiertos por el ADAP cumplen los requisitos para la ayuda con el costo compartido por medicamentos a través de la Oficina del SIDA para personas inscritas en el ADAP, del Departamento de Salud Pública de California.

G2. ¿Qué hacer si no está inscrito en el ADAP?

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la manera de inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web del ADAP, en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. ¿Qué hacer si ya está inscrito en el ADAP?

El ADAP puede seguir proporcionando a sus clientes la ayuda para el costo compartido de los medicamentos de la Parte D de Medicare, para los medicamentos del formulario del ADAP. Con el fin de garantizar que usted puede seguir recibiendo esta ayuda, informe a su trabajador de inscripciones del ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre de su plan o en el número de póliza de la Parte D de Medicare. Si requiere ayuda para localizar las oficinas o al trabajador de inscripciones del ADAP más cercanos, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web indicado más arriba.

H. Vacunas

Cubrimos las vacunas de la Parte D de Medicare. Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare consta de dos partes:

1. La primera parte de la cobertura es por el costo **de la vacuna.** La vacuna es un medicamento recetado.

2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de la **administración de la vacuna**. Por ejemplo, en ocasiones usted puede recibir la vacuna como una inyección que le suministra su médico.

H1. ¿Qué debe saber antes de que lo vacunen?

Le recomendamos que cuando planee vacunarse, primero llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- Podemos darle información sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte que usted debe pagar.
- Podemos decirle cómo mantener sus costos bajos si acude a las farmacias y a los proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han accedido a trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar en conjunto con el plan OneCare Connect para asegurarse de que usted no haga ningún pago inicial por la vacuna de la Parte D.

H2. ¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D de Medicare?

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (la enfermedad para cual se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran un beneficio de salud, más que un medicamento. Estas vacunas están cubiertas, sin ningún costo a usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar la lista de estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba realizar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

Las siguientes son tres formas comunes en las que podría obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted compra la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y ahí mismo le administran la inyección.

- Usted realizará un copago por la vacuna.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico le administra la inyección.

- Usted realizará un copago a su médico por la vacuna.
- Nosotros cubriremos el costo de la administración de la vacuna.
- En este caso, el consultorio de su médico deberá llamar a nuestro plan para confirmar que solo tiene que pagar el copago de la vacuna.

3. Usted compra la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que le administren la inyección.

- Usted realizará un copago por la vacuna.
- Nosotros cubriremos el costo de la administración de la vacuna.

Capítulo 7: ¿Cómo pedir que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos?

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para pedirnos que la paguemos. También le informa cómo solicitar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Índice

A. ¿Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos?. 148

B. ¿Cómo enviar su solicitud para un pago? 150

C. Decisiones de cobertura 151

D. Apelaciones 152

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Capítulo 7: ¿Cómo pedir que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos?

A. ¿Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos?

No debe recibir una factura por los servicios o medicamentos que recibe dentro de la red. Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan por los servicios y medicamentos cubiertos que ya obtuvo. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos, envíenos la factura. Para enviarnos una factura, consulte la página 150.

- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si los servicios o los medicamentos están cubiertos y usted ya los pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, le informaremos.

Si tiene preguntas, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de atención personal. Si no está seguro sobre qué debió haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarle. También puede comunicarse si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Estos son algunos ejemplos de cuándo es posible que necesite pedirnos que le reembolsemos o que paguemos su factura:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor fuera de la red**

Debe pedirle al proveedor que facture a nuestro nombre.

- Si al recibir la atención usted paga la cantidad total, solicítenos el reembolso de nuestra parte del costo compartido. Envíenos la factura y las pruebas de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que algunas veces reciba la factura de parte del proveedor en la que se solicita un pago que usted considera que no debe. Envíenos la factura y las pruebas de cualquier pago que haya realizado.
    - Si el proveedor debe ser remunerado, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si ya pagó por el servicio una cantidad mayor que la de sus costos compartidos, calcularemos cuánto debía y le reembolsaremos el costo compartido que nos corresponde.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de OneCare Connect cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Una situación de facturación incorrecta/indebida, ocurre cuando un proveedor (como un médico u hospital) le cobra una cantidad mayor que el costo compartido del plan por los servicios. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe cualquier factura.**

- Como miembro de OneCare Connect, solo debe pagar el copago cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le cobren más de esta cantidad. Esto es cierto, aunque le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor haya cobrado por el servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, usted tampoco tiene que hacerlo.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere mayor a lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y pruebas de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos o la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted debía conforme al plan.

3. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente usted tendrá que pagar el costo total al surtir su receta.

- En algunos casos, cubrimos recetas que se surten en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener información adicional sobre las farmacias fuera de la red.

4. Si paga el costo total de una receta debido a que no llevaba con usted su tarjeta de identificación de miembro

Si no lleva con usted la tarjeta de identificación de miembro, puede solicitar a la farmacia que nos llame o que busque su información de elegibilidad en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, es posible que deba pagar el costo completo de la receta.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

5. Si paga el costo total de una receta por un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), o que el medicamento tenga un requisito o restricción que no conocía o no creía que se aplicara a usted. Si decide comprar el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar su costo total.
  - Si no paga el medicamento, pero considera que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
  - Si usted y su médico u otro proveedor recetante consideran que necesitan el medicamento inmediatamente, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos más información de su médico o de otro proveedor recetante para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe su solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se debe cubrir el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que sí deberá cubrirse, nosotros pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. ¿Cómo enviar su solicitud para un pago?

Envíenos su factura y pruebas de cualquier pago que haya hecho. Las pruebas de pago pueden ser copias de cheques con los que pagó o un recibo del proveedor. **No olvide sacar una copia de su factura y recibos para su archivo personal**. Puede pedir a su *coordinador de atención personal* que lo ayude.

Envíenos por correo su solicitud de pago a la siguiente dirección junto con cualquier factura o recibo:

OneCare Connect
P.O. Box 11065
Orange, CA 92868

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929.** Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de un (1) año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para hacer reclamos de farmacia, envíenos por correo su solicitud de pago a la siguiente dirección junto con cualquier factura o recibo:

OneCare Connect
Pharmacy Management Reimbursements
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Para los reclamos de la Parte D de Medicare, **debe enviarnos su reclamo en el plazo de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el artículo o medicamento.

Para los reclamos que no son de Medicare, **debe presentar sus reclamos en un plazo de un (1) año** de la fecha en que recibió el artículo o medicamento.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud para el pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si nuestro plan cubre su atención médica o su medicamento. También decidiremos la cantidad de dinero, si la hay, que usted debe pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le avisaremos si necesitamos que nos dé más información.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo por lo que pagó o por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.

El Capítulo 3 explica las reglas para obtener la cobertura de los servicios. El Capítulo 5 explica las reglas para obtener la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicándole el motivo. En la carta también se le explicará su derecho a presentar una apelación.

Para aprender más sobre decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama solicitar una apelación. También puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con la cantidad que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para saber más sobre cómo solicitar apelaciones, consulte el Capítulo 9.

- Si desea solicitar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la página 193.
- Si desea solicitar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la página 195.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Índice

A. Your right to get information in a way that meets your needs 155

A. Su derecho a recibir información de manera que cumpla con sus necesidades155

A. Quý vị có quyền nhận thông tin để đáp ứng các nhu cầu của quý vị 156

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده می کند. 157

A. 회원 본인의 필요에 맞는 방식으로 정보를 얻을 권리 158

A. 您有權按自己的需要索取資訊. 159

A.لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك 160

B. Tenemos la responsabilidad de tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento 160

C. Tenemos la responsabilidad de garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 161

D. Tenemos la responsabilidad de proteger su información de salud personal . . 162

D1. ¿Cómo protegemos su información de salud personal? 163

D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos 163

E. Tenemos la responsabilidad de proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos. 164

F. Los proveedores de la red no le pueden facturar directamente a usted. 165

G. Su derecho de dejar nuestro plan de Cal MediConnect 165

H. Su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica 165

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

H1. Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones relativas a su atención médica 165

H2. Usted tiene el derecho de indicar lo que quiere que suceda si está incapacitado para tomar decisiones médicas por sí mismo. 166

H3. ¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones? 167

I. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reevaluemos las decisiones que hayamos tomado 167

I1. ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o no se están respetando sus derechos? 167

I2. ¿Cómo obtener más información acerca de sus derechos? 168

J. Sus responsabilidades como miembro del plan 168

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

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Service. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio.
- OneCare Connect member materials are available in English, Spanish, Vietnamese, Korean, Arabic, Chinese and Farsi.
- You can visit OneCare Connect at 505 City Parkway West, Orange, California, 92868 to request the materials in English, in other languages, or in other formats. Our business hours are 8 a.m. to 5 p.m., Monday through Friday, except for certain holidays.
- You can also make a standing request to get materials in large print, braille, audio, Spanish, Vietnamese, Korean, Arabic, Chinese or Farsi. Call **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TDD/TTY users can call toll-free at **1-800-735-2929**. The call is free.
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- The Cal MediConnect Ombuds Program also helps solve problems from a neutral standpoint to make sure that our members receive all the covered services that we are required to provide. The Cal MediConnect Ombuds Program is not connected with us or with any insurance company or health plan. The phone number for the Cal MediConnect Ombuds Program is 1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914). These services are free.

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

Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sobre sus derechos de manera que usted pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en el plan.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Para obtener información de manera en que pueda entenderla, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas diferentes al inglés y en formatos como letra grande, braille o audio.
- Los materiales para los miembros de OneCare Connect están disponibles en inglés, español, vietnamita, coreano, árabe, chino y persa.
- Puede visitar OneCare Connect en el 505 City Parkway West, Orange, California, 92868 para solicitar los materiales en inglés, en otros idiomas o en otros formatos. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, excepto algunos días festivos.
- También puede solicitar recibir permanentemente los materiales en letra grande, braille, audio, español, vietnamita, coreano, árabe, chino y persa. Llame al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita.
- Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas del lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionar. El Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect no tiene nexos con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect es el 1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914). Estos servicios son gratuitos.

A. Quý vị có quyền nhận thông tin để đáp ứng các nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải nói cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và những quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu. Chúng tôi phải nói cho quý vị về những quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị đang trong chương trình của chúng tôi.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Để nhận thông tin mà quý vị có thể hiểu được, xin gọi Văn Phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có người có thể trả lời những thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng các hình thức khác như khổ chữ in lớn, chữ nổi Braille, hoặc đĩa thu thanh.
- Các tài liệu cho thành viên OneCare Connect có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hàn Quốc, tiếng Ả Rập, tiếng Trung Quốc và tiếng Trung Đông.
- Quý vị có thể đến văn phòng OneCare Connect tại 505 City Parkway West, Orange, California, 92868 để yêu cầu những tài liệu bằng tiếng Anh, bằng các ngôn ngữ khác, hoặc những hình thức khác. Giờ làm việc của chúng tôi từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, trừ những ngày lễ.
- Quý vị cũng có thể yêu cầu để luôn nhận các tài liệu bằng khổ chữ in lớn, chữ nổi braille, đĩa thu thanh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hàn Quốc, tiếng Ả Rập, tiếng Trung Quốc và tiếng Trung Đông. Xin vui lòng gọi **1-855-705-8823**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi đường dây miễn phí ở số **1-800-735-2929**. Cuộc gọi này miễn phí.
- Nếu quý vị đang gặp khó khăn để nhận thông tin về chương trình của chúng tôi vì những vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, xin gọi Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Thành viên sử dụng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect Ombuds cũng giúp giải quyết những vấn đề với một quan điểm trung lập để bảo đảm rằng các thành viên của chúng tôi nhận được tất cả các dịch vụ được đài thọ mà chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp. Chương Trình Thanh Tra Cal MediConnect Ombuds không liên kết với quý vị hoặc bất cứ công ty hoặc chương trình bảo hiểm nào. Số điện thoại của Chương trình Thanh Tra Cal MediConnect Ombuds là 1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914). Những dịch vụ này thì miễn phí.

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده می کند

ما باید مزایای برنامه و حقوق شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هرسال در مورد حقوقی که در برنامه ما دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که می توانید درک کنید با بخش خدمات اعضاء تماس بگیرید. برنامه ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های مختلف جواب دهند.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- برنامه ما می تواند مطالب رابه زبانهای دیگر غیر از انگلیسی و به فرمهای دیگر چون چاپ درشت، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد.
- مطالب مخصوص اعضای OneCare Connect به زبان های انگلیسی، اسپانیائی، ویتنامی، فارسی، کره ای، عربی و چینی موجود است.
- شما می توانید برای درخواست مطالب به زبان انگلیسی، زبان ها یا فرمهای دیگر به دفتر OneCare Connect واقع در 505 City Parkway West, Orange, California, 92868 مراجعه نمائید. دفاتر ما به استثنای تعطیلات خاص روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر باز هستند.
- شما میتوانید مطالب را به فرمهای دیگر چون چاپ درشت، خط بریل یا صوتی یا به زبانهای لاتین(اسپانیش)، ویتنامی، کره ای و فارسی، عربی و چینی درخواست کنید. به این منظور میتوانید طی7 روز هفته و24 ساعت شبانه روزبا شماره **1-855-705-8823** تماس بگیرید. کاربران TDD/TTY می توانند با شماره رایگان **1-800-735-2929** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می خواهید شکایتی را اقامه کنید، با مدیکر به شماره(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. شما می توانید در تمام طول 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- برنامه بازرسCal MediConnect نیز به حل و فصل مشکلات از یک موضع بیطرف کمک می کند تا اطمینان حاصل شود اعضای ما همه خدمات تحت پوششی که لازم است ارائه کنیم را دریافت می کنند. برنامه بازرس Cal MediConnect به ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه خدمات بهداشتی و درمانی دیگری وابسته نیست. شماره تلفن برنامه بازرس(1-855-847-7914 (TTY 1-855-501-3077 MediConnect Cal می باشد. این خدمات رایگان هستند.

A. 회원 본인의 필요에 맞는 방식으로 정보를 얻을 권리

저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 회원의 권리에 대해 귀하에게 알려야 합니다. 또한, 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 대해 귀하에게 알려야 할 의무가 있습니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 고객 서비스부로 문의하십시오. 저희 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답할 수 있는 인력을 보유하고 있습니다.
- 저희 플랜에서는 회원에게 영어 이외의 언어로 또한 큰 글씨 인쇄본, 점자, 오디오 등, 다양한 형식으로 제작된 자료도 제공합니다.
- OneCare Connect 회원용 자료는 영어, 스페인어, 베트남어, 한국어, 아랍어, 중국어 및 페르시아어로 제공됩니다.
- 다른 언어 또는 형식으로 된 자료를 요청하려면 OneCare Connect (주소: 505 City Parkway West, Orange, California, 92868)를 방문하실 수 있습니다. 일부 공휴일을 제외하고 월요일에서 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 방문하실 수 있습니다.

- 또한 이 자료는 큰 글씨 인쇄본, 점자, 오디오, 스페인어, 베트남어, 한국어, 아랍어, 중국어, 페르시아어로도 요청할 수 있습니다. 주 7일 24시간 연락할 수 있는 **1-855-705-8823**번으로 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 **1-800-735-2929**로 수신자 부담 전화를 걸 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- 언어 또는 장애로 인해 저희 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하는 경우, 메디케어에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주 7일 24시간로 연락할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 중립적인 입장에서 문제를 해결하는 데 도움이 되며, 저희가 제공해야 하는 모든 보장 서비스를 회원분들이 확실하게 받을 수 있도록 해줍니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 관련이 없습니다. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914) 입니다. 이 서비스들은 무료로 제공됩니다.

A. 您有權按自己的需要索取資訊

我們必須以你能理解的方式為您解釋保險計劃的福利和你的權利。每年我們必須向您說明在我們的保險計劃中您所享有的權利。

- 想要索取您能讀懂的資訊版本，請致電客戶服務部門。我們的計劃有能用不同語言回答問題的工作人員。
- 我們的計劃還可以為您提供除英語以外其它語言的資料， 以及大體字印刷、盲文或有聲資訊的版本。
- OneCare Connect計劃的會員資料提供以英文，西班牙文，越南語， 韓語，阿拉伯語，中文，和波斯語印刷的版本。
- 您可以親臨 OneCare Connect 計劃辦公地址 505 City Parkway West, Orange, California, 92868，索取以英文，其它語言，或其它格式印刷的版本。我們的辦公時間為上午8時至下午5時，週一至週五，國定節假日除外。
- 您還可以要求始終以大體字，盲文，有聲讀物，西班牙文，越南語， 韓語，阿拉伯語，中文，或波斯語的版本接受所有資料。請致電 **1-855-705-8823**，服務時間為 每週7天，每天24小時。TDD/TTY 用戶可以撥打免費專線 **1-800-735-2929** 。此電話為免費。
- 如果你因語言或殘障的原因，無法從我們的計劃中獲取資訊，並想要提出投訴，請致電聯邦醫療Medicare計劃服務專線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 。你可以每週7天，每天24小時撥打該號碼。TTY 用戶可以致電1-877-486-2048 。
- Cal MediConnect 聯邦與加州聯合保險督察員服務，也會以中間立場幫助解決問題，保證我們的會員獲得所有保險計劃承諾覆蓋，且我們必須提供的服務。Cal MediConnect 聯邦與加州聯合保險督察員服務與我們或任何保險公司或醫療保險計劃均沒有任何合作

關係。Cal MediConnect 聯邦與加州聯合保險督察員服務的電話號碼是1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914). 此服務為免費。

A.لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نخبرك عن فوائد الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل عام تسجل به في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها ، اتصل بخدمة العملاء. لدى خطتنا طاقم يمكنه الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- ويمكن لخطتنا أيضاً أن تعطيك المواد بلغات أخرى غير الإنجليزية و بتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو برايل أو الملفات الصوتية.
- مواد أعضاء OneCare Connect متاحة باللغة الإنجليزية والإسبانية والفيتنامية والكورية والعربية والصينية والفارسية.
- يمكنك زيارة OneCare Connect في 505 City Parkway West, Orange, California, 92868 لطلب المواد باللغة الإنجليزية أو اللغات الأخرى أو التنسيقات الأخرى. ساعات عملنا هي من 8 الساعة صباحاً حتى الساعة 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة ، باستثناء بعض الأعياد.
- يمكنك أيضاً تقديم طلب دائم للحصول على المواد بطباعة كبيرة أو برايل أو ملفات صوتية أو الإسبانية أو الفيتنامية أو الكورية أو العربية أو الصينية أو الفارسية. اتصل على **1-855-705-8823**، 24 ساعة في اليوم ، 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على الرقم المجاني **1-800-735-2929**. المكالمة مجانية.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE . يمكنك الاتصال 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.
- يتواجد أيضاً برنامج أمين مظالم Cal MediConnect للمساعدة في حل المشاكل من وجهة نظر محايدة للتأكد من تلقي أعضاءنا لجميع الخدمات المغطاة التي نحن مطالبون بتوفيرها. برنامج أمين مظالم Cal MediConnect غير متصل معنا أو مع أي شركة تامين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج أمين مظالم Cal MediConnect هو 1-855-501-3077 (TTY 1-855-847-7914). هذه الخدمات مجانية.

B. Tenemos la responsabilidad de tratarlo con respeto, justicia y dignidad en todo momento

Debemos obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a los miembros por cualquiera de lo siguiente:

- edad
- apelaciones
- comportamiento
- antecedentes de reclamos
- origen étnico
- prueba de asegurabilidad

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- identidad de género
- información genética
- ubicación geográfica dentro del área de servicio
- estado de salud
- antecedentes clínicos
- capacidad mental
- discapacidad mental o física
- origen nacional
- raza
- recepción de atención médica
- religión
- sexo
- orientación sexual
- uso del servicio

Según las reglas de nuestro plan, usted tiene el derecho de mantenerse libre de toda restricción o reclusión física que pudiera usarse como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.

No podemos negarle servicios o castigarlo por ejercer sus derechos.

- Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). También puede visitar la página http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles local. El número telefónico del coordinador de derechos civiles del Condado de Orange es 1-714-438-8877 (TTY **1-800-735-2929**).
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener atención o comunicarse con un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema relacionado con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar.

C. Tenemos la responsabilidad de garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Si no puede obtener los servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar por la atención fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan*:*

- Tiene derecho a escoger a su proveedor de atención primaria (médico general) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En el Capítulo 3, puede localizar más información sobre cómo escoger un médico general.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber más detalles sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.

- Las mujeres tienen derecho de acudir a un especialista en la salud de la mujer sin necesidad de una referencia. Una referencia es la aprobación de su médico general de acudir con otro proveedor diferente.
- Tiene derecho a recibir servicios cubiertos de los proveedores de la red dentro de un plazo razonable.
  - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de especialistas.
- Tiene derecho a recibir servicios o atención de emergencia cuando los requiera de manera urgente sin necesidad de autorización previa.
- Tiene derecho a que le surtan o surtan de nuevo las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos significativos.
- Tiene derecho a saber cuándo puede acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- La primera vez que se una a nuestro plan, usted tiene el derecho de mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicios actuales hasta por 12 meses si se cumplen ciertos criterios. Para aprender más sobre cómo mantener a sus proveedores y autorizaciones de servicios, consulte el Capítulo 1.
- Usted tiene el derecho de tener atención autodirigida con la ayuda de su equipo de atención y su coordinador de atención.

El Capítulo 9 le indica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un tiempo razonable. El Capítulo 9 también le indica qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

D. Tenemos la responsabilidad de proteger su información de salud personal

Protegemos su información de salud personal como lo requieren las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye la información que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Usted tiene derecho a obtener información y controlar cómo se usa su información de salud personal. Le proporcionamos un aviso escrito que le informa sobre estos derechos y le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama "Aviso de prácticas de privacidad".

D1. ¿Cómo protegemos su información de salud personal?

Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar sus expedientes.

En la mayoría de las situaciones, no le brindamos su información de salud personal a cualquier persona que no le brinde atención o que pague por su atención. Si lo hacemos, tenemos la obligación de obtener un permiso por escrito de usted primero. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien que tenga poder legal para tomar decisiones por usted.

Existen ciertos casos en los cuales no tenemos que obtener su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias según la ley.

- Estamos obligados a divulgar información de salud personal a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de nuestra atención.
- Estamos obligados a divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Estamos obligados a brindar a Medicare información de su salud personal. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales.

D2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

- Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de ellos. Se nos permite cobrarle una cuota por hacer una copia de su historial clínico.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si solicita esto, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si estos cambios deben hacerse.
- Usted tiene el derecho de saber si su información de salud personal ha sido compartida con otros y la manera en que lo hicimos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

E. Tenemos la responsabilidad de proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de OneCare Connect, usted tiene derecho a obtener información acerca de nosotros. Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de nuestro plan de salud. Para conseguir un intérprete, solo llámenos al **1-855-705-8823**. Este servicio es gratuito para usted. Los materiales para los miembros de OneCare Connect están disponibles en inglés, español, vietnamita, coreano, árabe, chino y persa. También podemos proporcionarle la información en letra grande, braille o audio.

Si desea información de cualquiera de los siguientes, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan, incluida:
  - información financiera
  - cómo hemos sido calificados por los miembros del plan
  - el número de apelaciones hechas por los miembros
  - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y farmacias de la red, incluido:
  - cómo elegir o cambiar de proveedores de atención primaria
  - calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red
  - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos y las reglas que debe seguir, incluidos:
  - servicios y medicamentos cubiertos por nuestro plan
  - límites a su cobertura y sus medicamentos
  - reglas que debe seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos
- Las razones por las que algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluido pedirnos que:
  - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
  - cambiemos una decisión que tomamos
  - paguemos una factura que ha recibido

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

F. Los proveedores de la red no le pueden facturar directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos que el costo del proveedor. Para saber qué hacer en caso de que un proveedor de la red intente cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7.

G. Su derecho de dejar nuestro plan de Cal MediConnect

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de los servicios de atención médica a través del Plan Original de Medicare o un plan de Medicare Advantage.
- Usted puede obtener los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de un plan de Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un plan nuevo de Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta.
- Sus beneficios de Medi-Cal se le seguirán ofreciendo a través de CalOptima.

H. Su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica

H1. Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones relativas a su atención médica

Usted tiene el derecho de recibir información completa de parte de sus médicos y de sus proveedores médicos cuando busque atención. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una forma que sea fácil de entender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene el derecho de recibir información sobre todos los tipos de tratamientos.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a recibir información acerca de cualquier riesgo que conlleve. Se le debe informar con anticipación si algún servicio o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Recibir una segunda opinión.** Usted tiene el derecho de ver a otro médico antes de decidir el tratamiento.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- **Decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital o centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. Usted también tiene el derecho de dejar de tomar un medicamento prescrito. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento prescrito, usted no será retirado de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedir que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención.** Usted tiene el derecho de recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor negó la atención que usted cree que debió haber recibido.
- **Pedir que cubramos un servicio o medicamento que fue negado o que por lo general no está cubierto.** Esto se llama una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 se explica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

H2. Usted tiene el derecho de indicar lo que quiere que suceda si está incapacitado para tomar decisiones médicas por sí mismo

En algunas ocasiones las personas no son capaces de tomar decisiones médicas por sí mismas. Antes de que esto le suceda, usted puede:

- Llenar un formulario escrito **para otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted.**
- **Dar a los médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted no se encuentra en condiciones de tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que usted puede utilizar para dar sus instrucciones se llama una manifestación anticipada de voluntad. Hay diferentes tipos de manifestaciones anticipadas de voluntad y tienen nombres diferentes. Ejemplos de ello son el testamento vital y una carta poder para atención médica.

No tiene que usar una manifestación anticipada de voluntad, pero usted puede usarla si lo desea. Esto es lo que debe hacer:

- **Conseguir el formulario.** Usted puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Las organizaciones que brindan información sobre Medicare o Medi-Cal también pueden tener formularios de manifestación anticipada de voluntad.
- **Llenar y firmar el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la opción de pedir a un abogado que le ayude a elaborarlo.

- **Entregar copias a las personas que necesitan saber acerca de ella.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. También debe dar una copia a la persona que usted nombre como la que tomará las decisiones por usted. Le sugerimos que también entregue copias del formulario a sus amigos cercanos o a sus familiares. Asegúrese de conservar una copia en casa.
- Si va a ser hospitalizado y ha firmado una manifestación anticipada de voluntad, **lleve una copia de la misma al hospital.**
    - En el hospital le preguntarán si ha firmado una manifestación anticipada de voluntad y si la lleva con usted.
    - Si no ha firmado una manifestación anticipada de voluntad, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, usted decide si desea llenar una manifestación anticipada de voluntad o no.

H3. ¿Qué hacer si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó una manifestación anticipada de voluntad y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect, al **1-855-301-3077.**

I. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reevaluemos las decisiones que hayamos tomado

El Capítulo 9 le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura, o presentar una queja.

Usted tiene derecho a recibir información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

I1. ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?

Si usted cree que ha sido tratado injustamente, y no se trata de discriminación por los motivos indicados en la página 160 — usted puede obtener ayuda llamando al:

- Departamento de Servicios para Miembros.

- Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) local. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

I2. ¿Cómo obtener más información acerca de sus derechos?

Hay varias maneras en que puede obtener más información sobre sus derechos, puede:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros.
- Llamar a su Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) local. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2.
- Comunicarse a Medicare.
    - Visite la página de Internet de Medicare para leer o descargar el documento titulado “Derechos y Protecciones de Medicare”. (Visite https:https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

J. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Lea la *Guía para Miembros*** para conocer lo que está cubierto y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos:
    - Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, consulte los capítulos 3 y 4. Estos capítulos le indican lo que está cubierto, lo que no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

  - Para obtener más información acerca de sus medicamentos cubiertos, consulte los capítulos 5 y 6.
- **Cuéntenos acerca de cualquier otra cobertura de salud o medicamentos con receta que usted tenga.** Tenemos la obligación de asegurarnos de que está utilizando todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Dígales a su médico y a los demás proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores de atención médica a ofrecerle la mejor atención**.
  - Proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos que se pueden comprar sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y los demás proveedores deben explicarle las cosas de forma que las entienda. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en las oficinas de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Al ser miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de OneCare Connect, Medi-Cal paga por usted su prima de la Parte A y su prima de la Parte B.
  - En el caso de algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto será un copago. El Capítulo 6 le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos.
  - Si obtiene servicios o medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para conocer cómo hacer una apelación.

- **Notifíquenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.
  - Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en este plan. Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener OneCare Connect. En el Capítulo 1 se le informa sobre nuestra área de servicio.
  - Podemos ayudarle a saber si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un periodo especial de inscripción, puede cambiarse al Plan Original de Medicare o inscribirse a un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare en su nueva ubicación. Le podemos informar si tenemos un plan en su área nueva.
  - También, asegúrese de informar a Medicare y a Medi-Cal sobre su nueva dirección cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 para obtener los números de teléfono de servicios de Medicare y Medi-Cal.
  - Si se muda dentro de nuestra área de servicio, aun así, necesitamos saberlo. Tenemos que mantener su registro de membresía al día y saber cómo comunicarnos con usted.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda o si tiene preguntas o inquietudes.

¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Usted tiene un problema o queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan ha dicho que no va a pagar.
- Usted está en desacuerdo con una decisión que su plan ha hecho acerca de su atención.
- Cree que los servicios cubiertos están terminando demasiado pronto.
- Usted tiene un problema con o una queja sobre sus servicios y apoyo a largo plazo, que incluyen el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP), los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y centros de enfermería (NF).

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca.

Si se enfrenta a un problema con sus servicios de atención médica o servicios y apoyo a largo plazo

Usted debe recibir la atención médica, los medicamentos, y los servicios y apoyo a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene un problema con su atención, puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect al 1-855-501-3077 para obtener ayuda.** En este capítulo se explican las diversas opciones que tiene para los diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect para guiarlo y ayudarle con su problema. Consulte el Capítulo 2 para más información sobre recursos adicionales para abordar sus inquietudes y cómo contactar al Programa del mediador en asuntos de interés público.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Índice

¿Qué contiene este capítulo? 171

Si se enfrenta a un problema con sus servicios de atención médica o servicios y apoyo a largo plazo 171

Sección 1: Introducción 175

Sección 1.1: ¿Qué debe hacer si tiene un problema? 175

Sección 1.2: ¿Qué hay de los términos legales? 175

Sección 2: ¿Dónde llamar para pedir ayuda? 175

Sección 2.1: ¿Dónde obtener más información y ayuda?. 175

Sección 3: Problemas con sus beneficios 177

Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja? 177

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones 178

Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones 178

Sección 4.2: ¿Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones? 178

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar? 179

Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 181

Sección 5.1: ¿Cuándo usar esta sección? 181

Sección 5.2: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura? 182

Sección 5.3: Apelación de primer nivel para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D). 185

Sección 5.4: Apelación de segundo nivel para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D) 189

Sección 5.5: Problemas con los pagos 193

Sección 6: Medicamentos de la Parte D 195

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Sección 6.1: ¿Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento de la Parte D? 195

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción? 198

Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones 199

Section 6.4: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción? 200

Sección 6.5: Apelación de primer nivel para medicamentos de la Parte D 204

Sección 6.6: Apelación de segundo nivel para medicamentos de la Parte D 206

Sección 7: ¿Cómo solicitar cobertura de una estadía hospitalaria más prolongada? 208

Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare 208

Sección 7.2: Apelación de primer nivel para cambiar su fecha de alta del hospital 209

Sección 7.3: Apelación de segundo nivel para cambiar su fecha de alta del hospital. 212

Sección 7.4: ¿Qué sucede si transcurre un plazo de apelación? 213

Sección 8: ¿Qué hacer si usted considera que la atención médica en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto? 215

Sección 8.1: Le avisaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura 216

Sección 8.2: Apelación de primer nivel para continuar su cuidado 216

Sección 8.3: Apelación de segundo nivel para continuar su cuidado 219

Sección 8.4: ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de primer nivel? 220

Sección 9: Llevar su apelación más allá del segundo nivel. 222

Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare. 222

Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal 223

Sección 10: ¿Cómo presentar una queja? 224
Sección 10.1: Quejas internas 225
Sección 10.2: Quejas externas 227

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 1: Introducción

Sección 1.1: ¿Qué debe hacer si tiene un problema?

Este capítulo le indica lo que debe hacer si tiene un problema con su plan, con sus servicios o su pago. Medicare y Medi-Cal aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

Sección 1.2: ¿Qué hay de los términos legales?

Existen términos legales difíciles para algunas de las reglas y los plazos en este capítulo. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, por lo que se han utilizado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Usamos abreviaturas con la menor frecuencia posible.

Por ejemplo, vamos a decir:

- "Cómo presentar una queja" en lugar de "presentar una reclamación"
- "Decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización" "determinación de beneficios", "determinación de riesgo" o "determinación de cobertura"
- "Decisión de cobertura rápida" en lugar de "determinación acelerada"

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

Sección 2: ¿Dónde llamar para pedir ayuda?

Sección 2.1: ¿Dónde obtener más información y ayuda?

A veces, empezar o continuar con el proceso para abordar un problema puede ser confuso. Esto puede ocurrir particularmente si no se siente bien o si tiene poca energía.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

En otras ocasiones, tal vez no tenga los conocimientos que necesita para dar el siguiente paso.

Puede recibir ayuda del Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect

Si necesita ayuda para empezar, siempre puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect. Este programa puede responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver el problema. Este programa no tiene nexos con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Ellos pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar. El número de teléfono del Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Estos servicios son gratuitos. Consulte el Capítulo 2 para más información sobre el Programa del mediador en asuntos de interés público.

Puede recibir ayuda del Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico

También puede comunicarse al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP). Los asesores del HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer para resolver su problema. El HICAP no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de atención médica. El HICAP cuenta con consejeros capacitados en todos los condados y sus servicios son gratuitos. El número de teléfono del HICAP es el 1-800-434-0222.

¿Cómo obtener ayuda de Medicare?

Puede llamar a Medicare directamente para obtener ayuda con sus problemas. Estas son dos maneras de obtener información de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- Visite la página de Internet de Medicare en http://www.medicare.gov.

¿Cómo obtener ayuda de la organización para el mejoramiento de la calidad (QIO)?

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención a las personas que tienen Medicare. Livanta no está relacionada con nuestro plan.

Usted puede llamar a Livanta y preguntar sobre su atención médica. Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- tiene algún problema con la calidad de la atención;
- considera que su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto; o
- considera que la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar muy pronto.

Puede llamar a Livanta al 1-877-588-1123 o
visitar el sitio web (www.BFCCQIOAREA5.com).

Sección 3: Problemas con sus beneficios

Sección 3.1: ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura? (Esto incluye problemas sobre si una atención médica, servicios y apoyo a largo plazo, o un medicamento con receta en particular tienen cobertura o no, la forma en la que son cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).	
Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura. Vaya a la **Sección 4: "Decisiones de cobertura y apelaciones"** en la página 178**.**	**No.** Mi problema no se relaciona con beneficios o cobertura. Pase a la **Sección 10: "Cómo presentar una queja"** en la página 224.

Sección 4: Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1: Resumen de las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y hacer apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con el pago. Usted no es responsable de los costos de Medicare, excepto por los copagos de la Parte D.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión inicial que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no está seguro de si Medicare o Medi-Cal cubren un servicio, artículo o medicamento, cualquiera de ustedes puede solicitar una decisión de cobertura antes de que el médico le brinde el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos si usted piensa que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que el servicio, el artículo o el medicamento que usted desea no está cubierto o que Medicare o Medi Cal ya no los cubre. Si usted o su médico no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación.

Sección 4.2: ¿Cómo obtener ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones?

¿A quién puedo llamar para pedir ayuda para solicitar decisiones de cobertura o hacer una apelación?

Puede pedir ayuda a cualquiera de estas personas:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.
- Llame al **Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect** para pedir ayuda gratuita. Este programa les ayuda a las personas inscritas en Cal MediConnect con sus problemas de servicio o de facturación. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

- Llame al **Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP)** para obtener ayuda gratuita. HICAP es una organización independiente. No está relacionada con este plan. El número de teléfono es el 1-800-434-0222.
- Hable con **su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en su nombre.
- Hable con un **amigo o familiar** y pídale que actúe por usted. Puede designar a otra persona para que actúe como su "representante" y pida una decisión de cobertura o presente una apelación.
    - Si quiere que lo represente un amigo, familiar, u otra persona, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario de "Nombramiento de Representante". También puede obtener el formulario en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en **www.caloptima.org/onecareconnect**. El formulario da a la persona permiso para actuar en su nombre. El formulario le da a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe entregarnos una copia firmada del formulario.
- **También tiene derecho a pedir a un abogado** que actúe en su representación. Puede contactar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado a la asociación local de abogados o a otro servicio donde le recomienden uno. Existen grupos que le brindarán servicios jurídicos gratuitos si cumple los requisitos. Si desea que lo represente un abogado, tendrá que llenar el formulario Nombramiento de Representante.
    - Sin embargo, **no es necesario tener un abogado** para pedir cualquier clase de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3: ¿Qué sección de este capítulo le puede ayudar?

Hay cuatro clases diferentes de situaciones que tienen que ver con decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Separamos este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que debe seguir. **Solo tiene que leer la sección que corresponda a su problema:**

- **La Sección 5 en la página 181** le da información si tiene problemas relacionados con los servicios, artículos y medicamentos (pero no los medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:

- No está recibiendo la atención médica que necesita, y considera que nuestro plan cubre tal atención.
- No aprobamos servicios, artículos o medicamentos que su médico quiere darle, y usted cree que esa atención debe estar cubierta.
  - → **AVISO:** Utilice la Sección 5 solo si se trata de medicamentos que **no** cubre la Parte D. Los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos que tienen un asterisco (*) no están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 en la página 195 para las apelaciones relacionadas con los medicamentos de la Parte D.*
- Recibió atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos, pero no pagaremos esta atención.
- Recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensaba que estaban cubiertos y desea solicitarnos un reembolso.
- Se le informa que se va a reducir o terminar la cobertura de la atención que ha estado recibiendo, y no está de acuerdo con nuestra decisión
  - → **AVISO:** Si la cobertura que se va a terminar es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar o en un centro de enfermería especializada, o para servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales a estos tipos de atención. Consulte las Secciones 7 y 8 en las páginas 208 y 215**.**

- **La Sección 6 en la página 195** le da información sobre los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
  - Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
  - Quiere pedirnos que no apliquemos los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener.
  - Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
  - No aprobamos su solicitud o excepción, y usted o su médico u otro proveedor piensa que deberíamos haberlo hecho.
  - Quiere pedirnos que le paguemos un medicamento con receta que ya compró. (Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre un pago).

- **La Sección 7 en la página 208** le dice cómo pedir que cubramos una estadía más larga para un paciente internado si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
    - Está en el hospital y considera que el médico le pidió que lo deje demasiado pronto.
- **La Sección 8 en la página 215** le da información si usted considera que la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto.

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

Sección 5: Problemas relacionados con los servicios, los artículos y los medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

Sección 5.1: ¿Cuándo usar esta sección?

Esta sección trata de qué hacer si tiene problemas con sus beneficios médicos, de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo (LTSS). También puede usar esta sección para problemas relacionados con medicamentos que **no** cubre la Parte D. Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que tienen un *asterisco (*)* **no** están cubiertos por la Parte D. Consulte la Sección 6 para las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D.

Esta sección dice qué puede hacer si está en alguna de estas situaciones:

1. Considera que nosotros cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento, o servicios y apoyo a largo plazo (LTSS) que usted necesita, pero que no está recibiendo.

    Qué puede hacer: puede pedir al plan que tome una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5.2 en la página 182 para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura.

2. No aprobamos la atención que su médico quiere darle y usted piensa que deberíamos haberlo hecho.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no aprobar la atención. Consulte la Sección 5.3 en la página 185 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

3. Usted obtuvo servicios o artículos que considera que nosotros cubrimos, pero que no pagaremos.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección 5.3 en la página 185 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

4. Recibió y pagó servicios o artículos médicos que pensaba que estaban cubiertos y desea solicitarnos un reembolso por los servicios o los artículos.

   Qué puede hacer: puede solicitarnos un reembolso. Consulte la Sección 5.5 en la página 193 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso.

5. Redujimos o terminamos la cobertura de un determinado servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

   Qué puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o terminar el servicio. Consulte la Sección 5.3 en la página 185 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

   AVISO: Si la cobertura que se va a terminar es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o para servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), se aplican reglas especiales. Lea las Secciones 7 u 8 en las páginas 208 y 215 para obtener más información.

Sección 5.2: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura?

¿Cómo solicitar una decisión de cobertura para obtener servicios médicos o de salud del comportamiento, o ciertos servicios y apoyo a largo plazo (servicios del MSSP, de los CBAS o de NF)?

Para solicitar una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax, o bien pídale a su representante o a su médico que nos pida tomar una decisión.

- Puede llamarnos al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.

- Puede mandarnos un fax al 1-714-246-8711

  Puede escribirnos a:

  OneCare Connect
  Attention: Customer Service Department
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Por lo general, toma hasta 14 días después de haberla solicitado. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 14 días, puede apelar.

A veces necesitamos más tiempo y le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápido?

Sí. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta más rápida, solicítenos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". Si aprobamos su solicitud, le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Sin embargo, a veces necesitamos más tiempo, y en ese caso le enviaremos una carta para decirle que tardaremos hasta 14 días más. La carta explicará por qué se necesita más tiempo.

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

¿Cómo pedir una decisión de cobertura rápida?

- Si solicita una decisión de cobertura rápida, comience llamando o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos la cobertura de la atención que desea.
- Puede llamarnos al **1-855-705-8823** o enviarnos un fax al 1-714-246-8711. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2.
- También puede pedirle a su médico o a su representante que nos llame.

Estas son las reglas para solicitar una decisión de cobertura rápida:

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

1. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo cobertura para alguna atención o artículo que aún no ha recibido.**

(No puede obtener una decisión de cobertura rápida si lo que solicita es el pago de un servicio de atención o un artículo que ya recibió).

2. Puede obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si el plazo estándar de 14 días pudiera causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse.**
   - **Si su médico dice que requiere una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.**
   - Si pide una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si le damos una decisión de cobertura rápida.
     - Le enviaremos una carta si decidimos que su salud no cumple los requerimientos para una decisión de cobertura rápida. Además, en su lugar usaremos el plazo estándar de 14 días.
     - Esta carta le dirá que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
     - La carta también le dirá cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 224**.**

¿Cuándo recibiré el servicio o artículo si la decisión de cobertura es afirmativa?

Recibirá la aprobación (preautorización) para recibir el servicio o artículo a más tardar en 14 días (en el caso de una decisión de cobertura estándar) o en 72 horas (en el caso de una decisión de cobertura rápida) a partir de la fecha de su solicitud. Si prolongamos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, aprobaremos la cobertura al final de dicho plazo prolongado.

¿Cómo sabré si la decisión de cobertura es negativa?

Si la respuesta es **No**, le enviaremos una carta para decirle las razones por las que dijimos que **No**.

- Si respondemos que **No**, tiene derecho a pedirnos que cambiemos esta decisión, mediante una apelación. Presentar una apelación significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de denegar la cobertura.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al primer nivel del proceso de apelación (lea la siguiente sección para obtener más información).

Sección 5.3: Apelación de primer nivel para servicios, artículos y medicamentos (que no sean medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y que la cambiemos si usted piensa que cometimos un error. Si usted, su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación.

Debe comenzar su apelación en el primer nivel. Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, puede comunicarse con el Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Este programa no tiene nexos con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿Qué es una apelación de primer nivel?

Una apelación de primer nivel es la primera apelación que se presenta ante nuestro plan. Revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. La persona encargada de la revisión no será la misma que tomó la decisión de cobertura original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le decimos que el servicio o artículo no está cubierto, su caso podrá pasar a una apelación de segundo nivel.

En resumen: **Cómo presentar una apelación de primer nivel**

Usted, su médico o su representante pueden redactar su solicitud y enviárnosla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha en que se dio la decisión que apela. Si por alguna buena razón se le pasa el plazo, todavía puede apelar (consulte la página 213).
- Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que actualmente recibe se cambiará o terminará, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación (consulte la página 187).
- Siga leyendo esta sección para saber más sobre qué plazo corresponde a su apelación.

¿Cómo presento una apelación de primer nivel?

- Para iniciar una apelación, usted, su médico, u otro proveedor o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Puede comunicarse

con nosotros al **1-855-705-8823**. Para obtener información adicional sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar apelaciones, consulte el Capítulo 2.

- Puede solicitarnos una "apelación estándar" o una "apelación rápida".
- Ya sea que solicite una apelación estándar o una rápida, debe presentarla por escrito o comunicarse con nosotros.
    - Puede enviar su petición por escrito a la siguiente dirección:
      OneCare Connect
      Attention: Grievance and Appeals Resolution Services
      505 City Parkway West
      Orange, CA 92868
    - Puede enviar su solicitud en línea a: *https://www.caloptima.org/en/Members/OneCareConnect/YourRightsAndResponsibilities/HowToFileAnAppealOrGrievance/OC_OnlineGrievanceForm.aspx*
    - También puede solicitar una apelación por teléfono al **1-855-705-8823**.
- Le enviaremos una carta en un plazo de 5 días a partir de que se reciba su apelación para informarle que la recibimos.

El término legal para "apelación rápida" es "reconsideración acelerada".

¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor puede presentar la apelación en su nombre. Igualmente, alguien, además de su médico u otro proveedor, puede presentar la apelación en su nombre, pero antes deberá llenar un formulario de Nombramiento de Representante. El formulario da a esa persona permiso para actuar en su nombre.

Para obtener un formulario de Nombramiento de Representante, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros y solicítelo o visite la página web de Medicare en https:*https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.caloptima.org/onecareconnect.*

Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted, su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario lleno de Nombramiento de Representante antes de poder revisar la apelación.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

La apelación debe solicitarse a **más tardar 60 días** después de la fecha en que le enviamos la carta para informarle nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Si deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivo justificado son que usted tenía una enfermedad grave o que no le dimos la información correcta sobre el plazo para presentar una apelación.

AVISO: Si presenta una apelación porque le dijimos que un servicio que actualmente recibe se cambiará o terminará, **usted tiene menos días para apelar** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras se procesa su apelación. Lea *"¿Mis bene icios continuarán durante el primer nivel de apelación?"* en la página 189 para obtener más información.

¿Puedo obtener una copia de mi expediente de caso?

Sí. Solicítenos una copia llamándonos al Departamento de Servicios para Miembros, al **1-855-705-8823**.

¿Mi médico puede darles más información sobre mi apelación?

Sí, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Nosotros revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Luego, revisamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud. La persona encargada de la revisión no será la misma que tomó la decisión original.

Si necesitamos más información, se la podemos solicitar a usted o a su médico.

¿Cuándo sabré sobre la decisión de la "apelación estándar"?

Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 30 días después de recibir su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su enfermedad lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días más. Si tardamos más días para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
- Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos unos días más. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 224.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 30 días o al final de los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al segundo nivel del proceso de apelaciones si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Cuando esto ocurra, usted

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

recibirá una notificación. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de segundo nivel. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de segundo nivel, consulte la Sección 5.4 en la página 189.

Si respondemos que Sí a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o darle la cobertura a más tardar en 30 días después de recibir su apelación.

Si respondemos que No a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de segundo nivel. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de segundo nivel usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de segundo nivel, consulte la Sección 5.4 en la página 189.

¿Cuándo sabré sobre la decisión de la "apelación rápida"?

Si solicita una apelación rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días más. Si tardamos más días para tomar una decisión, le enviaremos una carta que explique por qué necesitamos más tiempo.
- Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos unos días más. Cuando presente una queja rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 224.
- Si no le damos una respuesta a su apelación en un plazo de 72 horas o al final de los días adicionales (si los tomamos), automáticamente enviaremos su caso al segundo nivel del proceso de apelaciones si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Cuando esto ocurra, usted recibirá una notificación. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, deberá presentar una apelación de segundo nivel. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de segundo nivel, consulte la Sección 5.4 en la página 189.

Si respondemos que Sí a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos autorizar o darle la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

Si respondemos que No a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la entidad de revisión independiente para una apelación de segundo nivel. Si su problema se relaciona con la cobertura de un servicio o artículo de Medi-Cal, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de segundo nivel usted mismo. Para obtener más información sobre el proceso de apelación de segundo nivel, consulte la Sección 5.4 en la página 189.

¿Seguiré teniendo mis beneficios durante las apelaciones de primer nivel?

Si decidimos cambiar o terminar su cobertura de un servicio o artículo que se aprobó previamente, le enviaremos un aviso antes de tomar medidas. Si no está de acuerdo con esta medida, puede presentar una apelación de primer nivel y solicitar que continuemos con sus beneficios para el servicio o el artículo. Usted debe **hacer una solicitud en o antes de la última de las siguientes opciones** para poder continuar con sus beneficios:

- en un plazo de 10 días a partir de la fecha de envío por correo del aviso de acción, o
- de la fecha en que se pretenda que se realice la acción.

Si cumple este plazo puede seguir obteniendo el servicio o artículo en cuestión mientras se procesa su apelación.

Sección 5.4: Apelación de segundo nivel para servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

¿Qué pasa después si el plan dice que No durante el primer nivel?

- Si respondemos que **No** a la totalidad o parte de su apelación de primer nivel, le enviaremos una carta. En esta carta se le dirá si Medicare o Medi-Cal generalmente cubren el servicio o artículo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, automáticamente enviaremos su caso al proceso de apelaciones de segundo nivel, tan pronto como termine la apelación de primer nivel.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo de **Medi-Cal,** usted mismo puede presentar una apelación de segundo nivel. En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también se encuentra más adelante.

¿Qué es una apelación de segundo nivel?

Una apelación de segundo nivel es la segunda apelación, hecha por una organización independiente que no tiene relación con nuestro plan.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medi-Cal. ¿Cómo puedo presentar una apelación de segundo nivel?

Una apelación de segundo nivel para servicios y artículos de Medi-Cal se llama "audiencia estatal". Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio o artículo que no queremos aprobar o si dejamos de pagar un servicio o artículo que usted ya tiene, y dijimos que no a su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal.

En la mayoría de los casos, **cuenta con 120 días para solicitar una audiencia estatal** después de haberle enviado el aviso "Sus derechos de audiencia".

AVISO: Si usted solicitó una audiencia estatal porque le dijimos que un servicio que actualmente recibe se cambiará o terminará, **usted tiene menos días para presentar su solicitud** si desea seguir recibiendo ese servicio mientras esté pendiente su audiencia estatal. Lea *"¿Mis beneficios continuarán durante el segundo nivel de apelación?"* en la página 191 para obtener más información.

Existen dos formas de solicitar una audiencia estatal:

1. Puede llenar la "Solicitud de audiencia estatal" que se encuentra al reverso del aviso de acción. Debe proporcionar toda la información solicitada, como su nombre completo, dirección, número de teléfono, nombre del plan o condado que realizó la acción en su contra, los programas de asistencia involucrados y una razón detallada por la que desea la audiencia. Luego, puede enviar su solicitud a través de una de estas opciones:
    - Al departamento de asistencia social del condado, al domicilio que se muestra en el aviso.
    - Al Departamento de Servicios Sociales de California:

      State Hearings Division
      P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
      Sacramento, California 94244-2430
    - A la División de Audiencias Estatales al fax 1-916-651-5210 o al 1-916-651-2789.
2. Puede llamar al Departamento de Servicios Sociales de California al 1-800-952-5253. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

Si decide hacer su solicitud para una audiencia estatal por teléfono, recuerde que las líneas de teléfono están muy ocupadas.

Mi problema se relaciona con un servicio o artículo de Medicare. ¿Qué pasará en la apelación de segundo nivel?

Una entidad de revisión independiente (IRE) revisará cuidadosamente la decisión de primer nivel y decidirá si esta debe cambiarse.

- No es necesario que solicite una apelación de segundo nivel. Nosotros enviaremos automáticamente las apelaciones rechazadas (por completo o en parte) a la IRE. Cuando esto ocurra, usted recibirá una notificación.
- La IRE es contratada por Medicare y no tiene relación con este plan.
- Usted puede solicitarnos una copia de su archivo llamando al Departamento de Servicios para Miembros, al **1-855-705-8823**.

La IRE debe dar respuesta a su apelación de segundo nivel a más tardar 30 días después de recibir su apelación. Esta regla se aplica si envió su apelación antes de obtener los servicios o los artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tardar hasta 14 días más. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, le avisará mediante una carta.

Si tuvo una "apelación rápida" en el primer nivel, recibirá automáticamente una apelación rápida en el segundo nivel. La IRE debe darle una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de que reciba su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda beneficiarle, puede tardar hasta 14 días más. Si la IRE necesita más días para tomar una decisión, le avisará mediante una carta.

¿Seguiré teniendo mis beneficios durante el proceso de apelación de segundo nivel?

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubierto por Medicare, sus beneficios para ese servicio o artículo **no** continuarán durante el proceso de apelación de segundo nivel con la entidad de revisión independiente.

Si su problema se relaciona con un servicio o artículo cubierto por Medi-Cal y usted solicita una audiencia estatal, sus beneficios de Medi-Cal para ese servicio o artículo pueden continuar hasta que se tome una decisión de la audiencia. Usted debe solicitar una audiencia **en o antes de la última de las siguientes opciones** para poder continuar con sus beneficios:

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- en un plazo de 10 días a partir de la fecha de envío por correo del aviso de que se mantuvo la determinación adversa sobre los beneficios (decisión de apelación de primer nivel); o
- de la fecha en que se pretenda que se realice la acción.

Si cumple este plazo puede seguir obteniendo el servicio o artículo en cuestión hasta que se tome una decisión en la audiencia.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su apelación de segundo nivel fue dirigida a una audiencia estatal, el Departamento de Servicios Sociales de California le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si la audiencia estatal responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó, debemos cumplir la decisión. Deberemos tomar las medidas descritas en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibimos una copia de la decisión.
- Si la audiencia estatal responde que **No** a una parte o a todo lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de primer nivel. Es probable que dejemos de proporcionarle la asistencia pagada pendiente que usted está recibiendo.

Si su apelación de segundo nivel se hizo ante la entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, esta le enviará una carta para explicarle su decisión.

- Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o darle el servicio o artículo en un plazo de 14 días a partir de que recibamos la decisión de la IRE. Si hizo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o darle el servicio o artículo en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde que **No** a una parte o a todo lo que usted solicitó, significa que están de acuerdo con la decisión de primer nivel. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”

El término legal de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es ***“determinación de cobertura”***

¿Puedo hacer otra apelación si la decisión fue negativa para todo o parte de lo que solicité?

Si su apelación de segundo nivel fue una audiencia estatal, puede solicitar una nueva audiencia en un plazo de 30 días después de recibir la decisión. También puede pedir

una revisión judicial de la denegación de una audiencia estatal presentando una petición ante la Corte Superior (según la *Sección 1094.5 del Código de Procedimientos Civiles)* en un plazo de un año a partir de la fecha en la que reciba la decisión.

Si su apelación de segundo nivel fue dirigida a la entidad de revisión independiente (IRE) de Medicare, usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple cierta cantidad mínima. La carta que reciba de la IRE le explicará los derechos adicionales que posiblemente tenga.

Para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación, consulte la Sección 9 en la página 222.

Sección 5.5: Problemas con los pagos

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

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema.

Para obtener más información, lea el Capítulo 7: *¿Cómo pedir que paguemos nuestra parte del costo de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos?* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También dice cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

¿Puedo solicitar un reembolso por un servicio o artículo que pagué?

Recuerde que, si recibe una factura por servicios o artículos cubiertos, no debe pagar la factura. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso si siguió las reglas para obtener servicios y artículos.

Si solicita un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Nosotros veremos si el servicio o el artículo que pagó están cubiertos y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su servicio o artículo en un plazo de 60 días después de recibir su solicitud.

- Si usted todavía no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir **Sí** a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo *no* está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o el artículo y explicarle la razón.

¿Qué pasa si le decimos que no vamos a pagar?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación.** Siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. en la página 185. Al seguir las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para pedir un reembolso, debemos darle nuestra respuesta a más tardar 60 días después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y Medicare normalmente no cubre el servicio o el artículo, automáticamente enviaremos su caso a la entidad de revisión independiente (IRE). En caso de que esto ocurra, se lo notificaremos a través de una carta.

- Si la IRE cambia nuestra decisión y dice que sí debemos pagarle, nosotros deberemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días. Si la respuesta a su apelación es **Sí** en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones después del segundo nivel, debemos enviar a usted o al proveedor el pago que solicitó a más tardar en 60 días.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”). La carta que reciba le explicará los derechos de apelación adicionales que puede tener. Usted puede apelar de nuevo solo si el valor en dólares del servicio o el artículo que desea cumple cierta cantidad mínima. Para obtener más información sobre niveles adicionales de apelación, consulte la Sección 9 en la página 222.

Si respondemos que **No** a su apelación y Medi-Cal normalmente no cubre el servicio o el artículo, usted mismo puede presentar una apelación de segundo nivel (consulte la Sección 5.4 en la página 189).

Sección 6: Medicamentos de la Parte D

Sección 6.1: ¿Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento de la Parte D?

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos medicamentos son "medicamentos de la Parte D". Existen algunos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que es posible que Medi-Cal cubra. **Esta sección solamente es válida para las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

La *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos), incluye algunos medicamentos marcados con un asterisco (*). Estos medicamentos **no** son medicamentos de la Parte D. Las apelaciones o las decisiones de cobertura sobre los medicamentos marcados con un asterisco (*) deben seguir el proceso indicado en la **Sección 5** en la página 181.

¿Puedo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D?

Sí. A continuación, mostramos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, por ejemplo:
  - Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos* cubiertos (Lista de medicamentos) del plan.
  - Solicitar que eliminemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento tiene cobertura para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero debe obtener nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

El término legal de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D es ***"determinación de cobertura"***

AVISO: Si su farmacia le dice que no puede surtir la receta, recibirá un aviso en el que se explique cómo contactarnos para pedir una decisión de cobertura.

- Usted nos pide que le paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esto es solicitar una decisión de cobertura sobre un pago

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelarla. Esta sección describe cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo solicitar una apelación.

Utilice la siguiente tabla para ayudarle a decidir qué sección tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción sobre uno de los medicamentos que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple todas las reglas o restricciones del plan (como la de obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya recibió y pagó?	¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento tal como usted quiere que se cubra o se pague?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.**	**Puede solicitarnos que le realicemos un reembolso.** (Este es un tipo de decisión de cobertura).	**Puede presentar una apelación.** (Esto quiere decir que nos pide que lo reconsideremos).
Comience con la **Sección 6.2** en la página 198. ambién consulte las Secciones 6.3 y 6.4 en las páginas 199 y 200.	Vaya a la **Sección 6.4** en la página 200.	Vaya a la **Sección 6.4** en la página 200.	Vaya a la **Sección 6.5** en la página 204.

Sección 6.2: ¿Qué es una excepción?

Una excepción es una autorización para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos* cubiertos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no se encuentra en la *Lista de medicamentos* cubiertos o no está cubierto como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una "excepción".

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que le haya recetado necesitan explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.

A continuación, mostramos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le recete pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Lista de medicamentos).
   - Si accedemos a hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido correspondiente a los medicamentos del segundo nivel para los medicamentos de marca o del primer nivel para los medicamentos genéricos.
   - No puede pedir una excepción para el monto del copago o del coseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 Sección C, 121.
   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen las siguientes:
     - Exigirle que consuma la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
     - Obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que accedamos a cubrir el medicamento.
       (A esto a veces se le llama "autorización previa").
     - Exigirle que pruebe otro medicamento antes de que accedamos a cubrir el medicamento que solicita. (A esto a veces se le llama "terapia por etapas")
     - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos limitamos la cantidad que puede recibir.

- Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, aún puede solicitar una excepción por la cantidad del copago que requerimos que usted pague por el medicamento.

> ***El término legal*** *para una apelación de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D ante el plan es* ***"excepción a la lista de medicamentos aprobados"****.*

Sección 6.3: Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico u otro profesional que le recetó el medicamento debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete debe darnos una declaración en la cual se expliquen las razones médicas para la solicitud de una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción se agilizará si incluye esta información de su médico u otro profesional que le recete cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas reciben el nombre de medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que solicita y no ocasionaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, normalmente ***no*** aprobaremos su solicitud de excepción.

Diremos que Sí o que No a su solicitud de una excepción

- Si decimos que **Sí** a su solicitud de una excepción, esta generalmente durará hasta el final del año. Esto sucede así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que No a su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La página 204 en la Sección 6.5 describe cómo presentar una apelación si decimos que **No**.

La siguiente sección habla de cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Section 6.4: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre un medicamento de la Parte D o un reembolso de un medicamento de la Parte D, incluida una excepción?

Qué hacer

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. Llame por teléfono, o envíe una carta o un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete medicamentos) pueden hacer esto. Puede comunicarse con nosotros al **1-855-705-8823**.
- Usted, su médico (u otro profesional que le recetó) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede pedir que un abogado actúe en su nombre.
- Lea la Sección 4 en la página 178 para saber cómo otorgar su permiso a otra persona para que actúe como su representante.
- No es necesario dar su permiso escrito a su médico u otro profesional que receta para que nos pida una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, lea el Capítulo 7 de esta guía. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación en la que nos pediría que le paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya pagó.

En *resumen*: Cómo solicitar una decisión de cobertura para un medicamento o un pago

Llame por teléfono, envíe una carta o un fax, o solicite a su representante, médico u otro profesional que hizo la receta que nos pregunte. A más tardar en 72 horas le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar. En 14 días naturales le daremos una respuesta sobre el reembolso por un medicamento de la Parte D por el que ya pagó.

- Si solicita una excepción, incluya la declaración de apoyo de su médico u otro profesional que le haya recetado.
- Usted, su médico u otro profesional que le recetó pueden solicitar una decisión rápida. (Las decisiones rápidas normalmente tardan 24 horas.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que reúne los requisitos para una decisión rápida! También léalo para obtener información sobre los plazos de las decisiones.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Si solicita una excepción, proporcione la "declaración de apoyo". Su médico u otro profesional que receta debe darnos las razones médicas para la excepción del medicamento. A esto le llamamos "declaración de apoyo"
- Su médico u otro proveedor pueden enviarnos por fax o por correo la declaración. O su médico u otro profesional que receta pueden decirnos por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una "decisión de cobertura rápida"

Usaremos los "plazos estándar" a menos que hayamos acordado usar los "plazos rápidos"

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar 72 horas luego de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas luego de recibir la declaración de su médico.

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró).

Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si usar los plazos estándar pudiera causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para desempeñarse.

Si su médico u otro profesional que recete nos dice que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida y la carta le informará esto.

- Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que recete), nosotros decidiremos si requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándar en su lugar.
  - Le enviaremos una carta informándole esto. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.
  - Puede presentar una "queja rápida" y obtener una respuesta a su queja a más tardar en 24 horas. Para obtener más información sobre el proceso para

presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 en la página 224.

Plazos para una "decisión de cobertura rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas. Esto significa en el transcurso de las 24 horas posteriores al momento en el que recibamos su solicitud. O si solicita una excepción, será 24 horas después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico u otro profesional que le haya recetado. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al proceso de apelaciones de segundo nivel. En este segundo nivel, una entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su médico o de otro profesional que le haya recetado.
- **Si nuestra respuesta es No** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique las razones para haber respondido **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud. O si solicita una excepción, después de que recibamos la declaración de apoyo de su médico o del profesional que le haya recetado. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al proceso de apelaciones de segundo nivel. En este segundo nivel, una entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos aprobar o proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud o, si solicita una excepción, la declaración de apoyo del médico o de otro profesional que le haya recetado.
- **Si nuestra respuesta es No** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique las razones para haber respondido **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar 14 días después de recibir su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviaremos su solicitud al proceso de apelaciones de segundo nivel. En este segundo nivel, una entidad de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le haremos el pago en un plazo de 14 días.
- **Si nuestra respuesta es No** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique las razones para haber respondido **No**. La carta también explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Sección 6.5: Apelación de primer nivel para medicamentos de la Parte D

- Para iniciar una apelación, usted, su médico u otro profesional que le haya recetado, o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.
- Si solicita una apelación estándar, puede presentar su apelación enviando una solicitud por escrito. *También puede solicitar una apelación por teléfono al 1-855-705-8823.*
- Si desea una apelación rápida, puede presentarla por escrito o hablándonos por teléfono.
- Presente su solicitud de apelación en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha del aviso que le hayamos enviado para informarle nuestra decisión. Si deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación.
- Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.

En resumen: **Cómo presentar una apelación de primer nivel**

Usted, su médico o profesional que le haya recetado, o su representante pueden redactar su solicitud y enviárnosla por correo o por fax. También puede solicitar una apelación por teléfono.

- Solicítela **en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha en que se dio la decisión que apela. Si por alguna buena razón se le pasa el plazo, todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que le haya recetado, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que reúne los requisitos para una decisión rápida! También léalo para obtener información sobre los plazos de las decisiones.

Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden darnos más información para respaldar su apelación.

El término legal para una apelación de una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D ante el plan es **"redeterminación"** del plan.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión que el plan haya tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que le haya recetado tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida"
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" que aparecen en la Sección 6.4 en la página 200.

El término legal para "apelación rápida" es **"redeterminación acelerada".**

Nuestro plan revisará su apelación y le informará nuestra decisió

- Volveremos a revisar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos si seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o su médico, u otro profesional que le haya recetado para obtener más información. La persona encargada de la revisión no será la misma que tomó la decisión de cobertura origina.

Plazos para una "apelación rápida"

- Si usamos los plazos rápidos, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación o antes, si su estado de salud así lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, enviaremos su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones. En este segundo nivel, una entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si respondemos que Sí** a la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique las razones para haber respondido **No**.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días después de que recibamos su apelación o antes, si su salud así lo requiere, a menos que esté solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró. Si está solicitando un reembolso de un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta en un plazo de 14 días de recibir su apelación. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".

- Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días, o 14 días si solicitó el reembolso de un medicamento que ya pagó, enviaremos su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones. En este segundo nivel, una entidad de revisión independiente revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a parte o a todo lo que solicitó:
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no después de 7 días después de recibir su apelación, o 14 días si solicitó el reembolso de un medicamento que ya pagó.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días después de recibir su solicitud de apelación.

En resumen: Cómo presentar una apelación de segundo nivel

Si desea que la entidad de revisión independiente revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito.

- Solicítela **en un plazo de 60 días naturales** a partir de la fecha en que se dio la decisión que apela. Si por alguna buena razón se le pasa el plazo, todavía puede apelar.
- Usted, su médico u otro profesional que le haya recetado, o su representante pueden llamarnos para solicitar una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de que reúne los requisitos para una decisión rápida! También léalo para obtener información sobre los plazos de las decisiones.

- **Si nuestra respuesta es No** a la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una carta que explique las razones para haber dicho **No** y le indique cómo apelar nuestra decisión.

Sección 6.6: Apelación de segundo nivel para medicamentos de la Parte D

Si decimos que **No** a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o si presenta otra apelación. Si usted decide continuar con una apelación de segundo nivel, la entidad de revisión independiente (IRE) revisará nuestra decisión.

- Si desea que la IRE revise su caso, su solicitud de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviamos sobre nuestra decisión en la apelación de primer nivel se explica cómo solicitar la apelación de segundo nivel.
- Cuando haga una apelación ante la IRE, le enviaremos a la entidad el expediente de su caso. Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su archivo de caso llamando al Departamento de Servicios para Miembros, al **1-855-705-8823**.
- Tiene derecho a dar a la IRE información adicional para respaldar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene relación con este plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta donde explique su decisión.

Plazos para una "apelación rápida" de segundo nivel

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la entidad de revisión independiente (IRE) una "apelación rápida".
- Si la IRE acepta seguir con una "apelación rápida", debe darle una respuesta a su apelación de segundo nivel a más tardar en 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.
- Si la IRE dice que **Sí** a la totalidad o parte de su solicitud, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas a partir de que recibamos la decisión.

El término legal para una apelación ante la IRE sobre los medicamentos de la Parte D se le llama **"reconsideración".**

Plazos para la "apelación estándar" de segundo nivel

- Si tuvo una apelación estándar de segundo nivel, la entidad de revisión independiente (IRE) le debe dar una respuesta a su apelación de segundo nivel a más tardar en 7 días después de que reciba su apelación, o 14 días si solicitó el reembolso de un medicamento que ya pagó.
- Si la IRE dice que **Sí** a la totalidad o parte de su solicitud, debemos autorizar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas a partir de que recibamos la decisión.

- Si la IRE aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días después de que recibamos la decisión.

¿Qué hacer si la entidad de revisión independiente dice No a su apelación de segundo nivel?

No significa que la entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se llama "confirmar la decisión". También se le llama "rechazar su apelación".

Si desea continuar con el proceso de apelaciones de tercer nivel, los medicamentos que solicita deben cumplir un valor mínimo en dólares. Si el valor en dólares es menor al mínimo, ya no podrá apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar una apelación de tercer nivel. La carta que reciba de la IRE le informará el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

Sección 7: ¿Cómo solicitar cobertura de una estadía hospitalaria más prolongada?

Cuando lo internen en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También le ayudarán a coordinar cualquier atención que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se llama la "fecha de su alta hospitalaria".
- Su médico o el personal del hospital le dirá cuál es la fecha de su alta hospitalaria.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga. Esta sección le explica cómo solicitarlo.

Sección 7.1: Conozca sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de ser admitido en el hospital, un trabajador social o una enfermera le dará un aviso llamado Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos. Si no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Lea este aviso cuidadosamente y haga las preguntas pertinentes si no lo entiende. El *mensaje importante* le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, por ejemplo:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Ser parte de cualquier decisión sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Apelar si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Debe firmar el aviso de Medicare para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos. Firmar la notificación **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que posiblemente su médico o el personal del hospital le indicó.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.
- También puede ver el aviso en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.
- Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a Medicare a los números señalados más arriba.

Sección 7.2: Apelación de primer nivel para cambiar su fecha de alta del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados por más tiempo, deberá solicitar una apelación. Una organización para el mejoramiento de la calidad va a hacer la revisión de la apelación de primer nivel para ver si su fecha de alta programada es médicamente adecuada. En California, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta.

Para presentar una apelación para cambiar su fecha de alta, llame a Livanta al: 1-877-588-1123 (o al 1-855-887-6668 para usuarios de TDD/TTY).

¡Llame de inmediato!

Llame a la organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y no después de su fecha de alta programada. El Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos contiene información sobre cómo comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad.

- Si llama antes de salir, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada sin pagar por ello mientras espera la decisión sobre su apelación de la organización para el mejoramiento de la calidad.
- Si no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

En resumen: Cómo presentar una apelación de primer nivel para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Llame a la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 y pida una "revisión rápida"

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha de alta programada.

- Si pierde el plazo para contactar a la organización para el mejoramiento de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente con nuestro plan en su lugar. Para obtener más detalles, consulte la Sección 7.4 en la página 213.

Queremos asegurarnos de que entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazo.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. También puede comunicarse al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222. O puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077.

¿Qué es una organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que revise y ayude a mejorar la calidad de la atención para la gente con Medicare.

Solicite una "revisión rápida"

Debe solicitar a la organización para el mejoramiento de la calidad una **"revisión rápida"** de su alta hospitalaria. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted solicita a la organización que utilice los plazos rápidos para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

> **El término legal** para "revisión rápida" es **"revisión inmediata".**

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta programada. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores revisarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Al mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, usted recibirá una carta que indicará su fecha de alta programada. En la carta se explican las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado que usted sea dado de alta en esa fecha.

> **El término legal** para esta explicación por escrito se denomina **"Notificación detallada de alta"**. Puede obtener una muestra si llama al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una notificación de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad dice que **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos como paciente hospitalario mientras dichos servicios sean necesarios por motivos médicos.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad dice que **No** a su apelación, quiere decir que su fecha de alta planificada es adecuada desde el punto de

vista médico. Si esto ocurre, nuestra cobertura de sus servicios como paciente internado terminará al mediodía del día después de que la organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta.

- Si la organización para el mejoramiento de la calidad dice que **No** y usted decide permanecer en el hospital, entonces es posible que tenga que pagar la continuación de su estancia en el hospital. El costo de la atención hospitalaria que es posible que tenga que pagar comienza al mediodía del día *posterior* al que la organización para el mejoramiento de la calidad le dé una respuesta.
- Si la organización para el mejoramiento de la calidad niega su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de segundo nivel.

Sección 7.3: Apelación de segundo nivel para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la organización para el mejoramiento de la calidad negó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación de segundo nivel. Tendrá que comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad nuevamente y pedir otra revisión.

Solicite la revisión de segundo nivel **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la organización para el mejoramiento de la calidad le **negó** su apelación de primer nivel. Puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

En California, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al: 1-877-588-1123 (o al 1-855-887-6668 para usuarios de TDD/TTY).

- Los revisores en la organización para el mejoramiento de la calidad de nuevo analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión.

En resumen: Cómo presentar una apelación de segundo nivel para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Llame a la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 y pida otra revisión.

¿Qué sucede si la respuesta es Sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que se tomó la decisión sobre su primera apelación. Debemos seguir brindándole cobertura por la atención como paciente internado por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta es No?

Significa que la organización para el mejoramiento de la calidad está de acuerdo con la decisión de primer nivel y no la cambiará. La carta que reciba le informará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Si la organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de segundo nivel, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Sección 7.4: ¿Qué sucede si transcurre un plazo de apelación?

Si transcurre uno de los plazos de apelación, hay otra manera de hacer apelaciones de primer nivel y segundo nivel, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de primer nivel para cambiar su fecha de alta del hospital

Si transcurre el plazo para contactar a la organización para el mejoramiento de la calidad, usted puede presentar la apelación con nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que tiene plazos más rápidos que los plazos estándar.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Seguiremos los plazos rápidos en lugar de los plazos normales para darle una respuesta a esta revisión.

En resumen: Cómo hacer una apelación alternativa de primer nivel

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros y solicite una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria.

Le daremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Esto significa que le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que usted solicite una "revisión rápida"

- **Si decimos que Sí a su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos cubriendo los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que nosotros establecimos que su cobertura había terminado.
- **Si decimos que No a su revisión rápida,** quiere decir que su fecha de alta planificada fue adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza el día que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si usted permaneció en el hospital después de su fecha de alta planificada, **es posible que tenga que pagar todos los costos cost** de la atención hospitalaria que recibió después de su fecha de alta planificada.
- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "entidad de revisión independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso avanza automáticamente al segundo nivel del proceso de apelaciones.

El término legal para "revisión rápida" es **"revisión inmediata".**

Apelación alternativa de segundo nivel para cambiar su fecha de alta del hospital

Enviaremos la información para su apelación de segundo nivel a la entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas siguientes a partir del momento en el que le comunicamos nuestra decisión de primer nivel. Si usted considera que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. La Sección 10 en la página 224 describe cómo presentar una queja.

Durante la apelación de segundo nivel, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

En resumen: Cómo hacer una apelación alternativa de segundo nivel

Usted no tiene que hacer nada. El plan le enviará automáticamente su apelación a la entidad de revisión independiente.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores por lo general le darán una respuesta en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los revisores en la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con la apelación de su alta del hospital.
- Si el IRE dice que **Sí** a su apelación, nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención del hospital que usted haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta hospitalaria planificada fue adecuada desde el punto de vista médico.
- La carta que reciba de parte de la IRE le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar hacia una apelación de tercer nivel, la cual será manejada por un juez.

Sección 8: ¿Qué hacer si usted considera que la atención médica en el hogar, la atención de enfermería especializada o los servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) van a terminar demasiado pronto?

Esta sección se trata de los siguientes tipos de atención únicamente:

- Servicios de atención médica en el hogar.
- Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Atención de rehabilitación que recibe como paciente ambulatorio en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto quiere decir que usted recibe el tratamiento para una enfermedad o un accidente o que se recupera de una cirugía mayor.
    - Con cualquiera de estos tres tipos de atención, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios cubiertos por el tiempo que el médico le diga que los necesita.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos servicios, debemos decirle antes de que finalicen. Cuando su cobertura de esa atención médica termine, dejaremos de pagar por su atención.

Si usted considera que terminamos la cobertura de su atención médica muy pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1: Le avisaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

- El aviso por escrito le dice la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso por escrito también le explica cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso por escrito para confirmar que lo recibió. Firmarlo **no** significa que esté de acuerdo con el plan acerca de que es momento de dejar de recibir la atención médica.

Cuando su cobertura termine, dejaremos de pagar nuestro costo compartido de su atención.

Sección 8.2: Apelación de primer nivel para continuar su cuidado

Si usted considera que terminamos la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que deberá hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que entiende y sigue los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe seguir. (Si considera que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 en la página 224 le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en (HICAP) al **1-800-434-0222** o al **1-714-560-0424**.

Durante una apelación de primer nivel, una organización para el mejoramiento de la calidad revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión que tomó nuestro plan. En California, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-877-588-1123. La información sobre cómo presentar apelaciones ante la organización para el mejoramiento de la calidad también está en el Aviso de no cobertura de Medicare. Este es el aviso que recibió cuando se le informó que dejaríamos de cubrir su atención.

En *resumen*: Cómo presentar una apelación de primer nivel para solicitar que el plan continúe su atención

Llame a la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 y pida una "apelación acelerada".

Llame antes de salir de la agencia o centro que le proporciona la atención y antes de su fecha de alta planificada.

¿Qué es una organización para el mejoramiento de la calidad?

Es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que revise y ayude a mejorar la calidad de la atención para la gente con Medicare.

¿Qué debe solicitar?

Solicite una "apelación acelerada". Esta es una revisión independiente sobre si es adecuado desde el punto de vista médico que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

¿Cuál es su plazo para contactar a esta organización?

- Debe comunicarse a la organización para el mejoramiento de la calidad antes del mediodía del día posterior a que reciba el aviso por escrito en el que se le dice cuándo dejaremos de cubrir su atención.
- Si transcurre el plazo para contactar a la organización para el mejoramiento de la calidad acerca de su apelación, usted puede presentar la apelación directamente con nosotros. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 en la página 220.

El término legal para el aviso por escrito es **"Aviso de no cobertura de Medicare"** Para recibir una muestra de este aviso, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823** o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

¿Qué pasa durante la revisión de la organización para el mejoramiento de la calidad?

- Los revisores de la organización para el mejoramiento de la calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de estos servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea
- Cuando usted solicita una apelación, el plan debe escribirle una carta y a la organización para el mejoramiento de la calidad que explique por qué deben terminar sus servicios.
- Los revisores también consultarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le harán saber su decisión.** Usted recibirá una carta en la que se explicará la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es **"Explicación detallada de no cobertura".**

¿Qué pasa si los revisores dicen que Sí?

- Si los revisores dicen que **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por motivos médicos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que No?

- Si los revisores dicen que **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le habíamos dado. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención.
- Si usted decide continuar recibiendo la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento de

rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, entonces usted mismo deberá pagar el costo total de su atención.

Sección 8.3: Apelación de segundo nivel para continuar su cuidado

Si la organización para el mejoramiento de la calidad dijo **No** a su apelación **y** usted decide seguir recibiendo la atención después de que la cobertura de esta terminó, puede presentar una apelación de segundo nivel.

En resumen: Cómo presentar una apelación de segundo nivel para requerir que el plan cubra su atención por más tiempo

Llame a la organización para el mejoramiento de la calidad de su estado al 1-877-588-1123 y pida otra revisión.

Llame antes de salir de la agencia o centro que le proporciona la atención y antes de su fecha de alta planificada.

Durante la apelación de segundo nivel, la organización para el mejoramiento de la calidad analizará de nuevo la decisión que tomaron en el primer nivel. Si dicen que están de acuerdo con la decisión del primer nivel, es posible que usted deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En California, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. Puede comunicarse con Livanta al 1-877-588-1123.Solicite la revisión de segundo nivel **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la organización para el mejoramiento de la calidad **denegó** su apelación de primer nivel. Puede solicitar esta revisión solo si ha seguido recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

- Los revisores en la organización para el mejoramiento de la calidad de nuevo analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud de una apelación, la organización para el mejoramiento de la calidad tomará una decisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que Sí?

- Nosotros debemos devolverle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que establecimos que su cobertura había terminado.

Debemos seguir brindándole cobertura por la atención por tanto tiempo como sea necesario por motivos médicos.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que No?

- Eso significa que concuerdan con la decisión que tomaron en la apelación de primer nivel y que no la cambiarán.
- La carta que recibirá le informará lo que tiene que hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar hacia una apelación de tercer nivel, la cual será manejada por un juez.

Sección 8.4: ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de primer nivel?

Si transcurre uno de los plazos de apelación, hay otra manera de hacer apelaciones de primer nivel y segundo nivel, llamadas apelaciones alternativas. Pero los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Apelación alternativa de primer nivel para continuar su atención durante más tiempo

Si transcurre el plazo para contactar a la organización para el mejoramiento de la calidad, usted puede presentar la apelación con nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que tiene plazos más rápidos que los plazos estándar.

- Durante esta revisión, consideramos toda la información sobre su atención de salud en el hogar, su atención en el centro de enfermería especializada o la atención que recibe en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). Verificamos si la decisión sobre cuándo debían terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.

En *resumen*: Cómo hacer una apelación alternativa de primer nivel

Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros y solicite una "revisión rápida".

Le daremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas.

- Seguiremos los plazos rápidos en lugar de los plazos normales para darle una respuesta a esta revisión. Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que usted solicite una "revisión rápida"

- **Si decimos que Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo en que continuaremos cubriendo sus servicios por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- También significa que estamos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que nosotros establecimos que su cobertura había terminado.
- **Si decimos que No** a su revisión rápida, quiere decir que detener sus servicios fue adecuado desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura finaliza a partir del día que dijimos que finalizaría la cobertura.

Si continúa recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **es posible que usted tenga que pagar el costo total** de los servicios.

Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando dijimos que **No** a su apelación rápida, enviaremos su apelación a la "entidad de revisión independiente". Cuando hacemos esto, significa que su caso avanza automáticamente al segundo nivel del proceso de apelaciones.

El término legal para "revisión rápida" o "apelación rápida" es **"apelación acelerada".**

Apelación alternativa de segundo nivel para continuar su atención durante más tiempo

Enviaremos la información para su apelación de segundo nivel a la entidad de revisión independiente (IRE) dentro de las 24 horas siguientes a partir del momento en el que le comunicamos nuestra decisión de primer nivel. Si usted considera que no cumplimos este u otro plazo, puede presentar una queja. La Sección 10 en la página 224 describe cómo presentar una queja.

Durante la apelación de segundo nivel, la IRE revisa la decisión que tomamos cuando dijimos que **No** a su "revisión rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

En resumen: Cómo presentar una apelación de segundo nivel para requerir que el plan continúe su atención

Usted no tiene que hacer nada. El plan le enviará automáticamente su apelación a la entidad de revisión independienter.

- La IRE hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores por lo general le darán una respuesta en 72 horas.

- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Sí la IRE dice que Sí** a su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos.
- **Si la IRE dice que No** a su apelación, quiere decir que están de acuerdo con nosotros en que detener la cobertura de los servicios fue adecuado desde el punto de vista médico.

La carta que reciba de parte de la IRE le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles de cómo continuar hacia una apelación de tercer nivel, la cual será manejada por un juez.

Sección 9: Llevar su apelación más allá del segundo nivel

Sección 9.1: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una apelación de primer nivel y una apelación de segundo nivel para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que reciba de parte de la entidad de revisión independiente le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

El tercer nivel del proceso de apelación es un juez de Derecho Administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión de tercer nivel es un juez o árbitro de Derecho Administrativo. Si desea que un juez o árbitro de Derecho Administrativo revise su caso, el artículo o servicio médico que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima de dólares. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, ya no podrá apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede solicitar que un juez o árbitro de Derecho Administrativo vea su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez o árbitro de Derecho Administrativo, puede acudir ante el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de eso, es posible que tenga el derecho de solicitar que un tribunal federal revise su apelación.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect al 1-855-501-3077.

Sección 9.2: Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medi-Cal

Usted también tiene más derechos de apelación si esta se relaciona con servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Medi-Cal. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal y desea que otro juez la revise, puede solicitar una nueva audiencia o buscar una revisión judicial.

Para solicitar una nueva audiencia, envíe una solicitud por escrito (carta) a:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Esta carta debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a que reciba su decisión. Este plazo se puede extender hasta 180 días si usted tiene una buena razón para no haber enviado la carta a tiempo.

En su solicitud de audiencia, indique la fecha en que recibió su decisión y por qué deberían concederle una nueva audiencia. Si desea presentar evidencia adicional, descríbala y explique por qué no se presentó antes y cómo cambiaría la decisión. Puede comunicarse a servicios legales para obtener ayuda.

Para pedir una revisión judicial, debe presentar una petición ante la Corte Superior (según la Sección 1094.5 del Código de Procedimiento Civil) en el plazo de un año a partir de la recepción de la decisión. Presente su petición ante la Corte Superior del condado que se nombra en su decisión. Puede presentar esta petición sin pedir una nueva audiencia. No tendrá que pagar ninguna tarifa por presentar la petición. Es posible que tenga derecho a que le reembolsen los costos y honorarios razonables de los abogados si la Corte toma una decisión final a su favor.

Si se llevó a cabo una nueva audiencia y usted no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede solicitar una revisión judicial pero no puede pedir otra audiencia.

Sección 10: ¿Cómo presentar una queja?

¿Qué tipos de problemas deben ser quejas?

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, como los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. A continuación, se le dan ejemplos de los varios tipos de problemas que se pueden resolver a través del proceso de quejas.

En resumen: Cómo presentar una queja

Puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté relacionada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros o envíenos una carta.

Existen diferentes organizaciones que manejan las quejas externas. Para obtener más información, lea la Sección 10.2 en la página 227.

Quejas sobre calidad

- No está contento con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

Quejas sobre privacidad

- Considera que alguien violó su derecho de privacidad o divulgó información confidencial sobre usted.

Quejas sobre mala atención al cliente

- Un proveedor médico o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted.
- El personal de OneCare Connect lo trató mal.
- Piensa que lo están intentando sacar del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- No puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud ni a las instalaciones del consultorio de un médico o proveedor.
- Su proveedor no le brinda los servicios razonables que usted necesita, como un intérprete de lenguaje de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Tiene problemas para programar una cita o tiene que esperar mucho tiempo para programarla.
- Ha tenido que esperar demasiado tiempo para que los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica lo atiendan.

Quejas sobre la limpieza

- Cree que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.

Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Cree que no le dimos un aviso o carta que usted debería haber recibido.
- Cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Cree que no estamos cumpliendo nuestros plazos para la toma de una decisión de cobertura o para responder a su apelación.
- Cree que, después de conseguir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no estamos cumpliendo los plazos para aprobar o darle el servicio o reembolsarle por ciertos servicios médicos.
- Cree que no enviamos su caso a la entidad de revisión independiente a tiempo.

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

¿Hay diferentes tipos de quejas?

Sí. Puede presentar una queja interna o una queja externa. Las quejas internas se presentan a nuestro plan y este las revisará. Las quejas externas se presentan y revisan por a una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect, al 1-855-501-307.

Sección 10.1: Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D. Si la queja se refiere a un medicamento de la Parte D, debe presentarla **dentro de los primeros 60 días** subsecuentes al problema que tuvo y por el cual presenta su queja.

- Si hubiera algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo dirá.

- También puede escribir su queja y enviárnosla. Si pone su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Las quejas relacionadas con la Parte D de Medicare deben presentarse dentro de los primeros 60 días subsecuentes al problema que tuvo y por el cual presenta su queja. Todos los demás tipos de quejas pueden presentarse en cualquier momento.
- Si no podemos resolver su queja para el siguiente día hábil, le enviaremos una carta dentro de los 5 días después de haber recibido su queja para hacerle saber que la recibimos.
- Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Si tiene un problema urgente que implica un riesgo inmediato y grave para su salud, puede solicitar una "queja rápida", y responderemos dentro de un plazo de 72 horas.

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

De ser posible, le responderemos inmediatamente. Si nos llama para poner una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante esa misma llamada. Si su condición médica requiere una respuesta rápida, se la enviaremos.

- La mayoría de las quejas se resuelven en 30 días. Si no tomamos una decisión en 30 días porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le daremos una actualización del estado y del tiempo estimado en el que obtendrá una respuesta.
- Si presenta una queja porque le denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tardamos más tiempo en tomar una decisión de cobertura o resolver una apelación, automáticamente le daremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja, se lo haremos saber y le diremos nuestras razones. Le responderemos tanto si estamos de acuerdo como si no lo estamos.

Sección 10.2: Quejas externas

Puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede enviar su queja a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare toma en serio sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o preocupaciones, o si siente que el plan no aborda su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita.

Puede informarle a Medi-Cal sobre su queja

El Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect también ayuda a resolver problemas desde un punto de vista neutral para garantizar que nuestros miembros reciban todos los servicios cubiertos que debemos proporcionar. Este programa no tiene nexos con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

El número de teléfono del Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect es 1-855-501-3077. Estos servicios son gratuito.

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si considera que se le ha tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para discapacitados o la ayuda con idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es 1-800-368-1019. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar la página http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles local en:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos

1-800-368-1019 (TDD/TTY **1-800-537-7697**)

Es posible que también tenga derechos en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Puede llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect para obtener ayuda. El número de teléfono es 1-855-501-3077.

Puede presentar una queja ante la organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede quejarse sobre la calidad de la atención directamente con la organización para el mejoramiento de la calidad (sin poner su queja con nosotros).
- O puede quejarse con nosotros y también con la organización para el mejoramiento de la calidad. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos conjuntamente con ellos para darle una respuesta a su queja.

La organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos practicantes y expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2 para más información sobre la organización para el mejoramiento de calidad.

En California, la organización para el mejoramiento de la calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es el 1-877-588-1123.

Capítulo 10: ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect?

Introducción

Este capítulo le informa sobre las formas en que puede cancelar su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect y sus opciones de cobertura de atención médica después de darse de baja del plan. Si se retira del plan, continuará inscrito en los programas de Medicare y Medi-Cal, siempre y cuando sea elegible. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la Guía para Miembros.

Índice

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía de nuestro plan de Cal MediConnect? 230

B. ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect? 231

C. ¿Cómo obtener los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado? 231

C1. ¿Cómo obtener los servicios de Medicare? 231

C2. ¿Cómo obtener los servicios de Medi-Cal? 234

D. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía 235

E. Otras situaciones cuando se finaliza su membresía 235

F. Normas en contra de pedirle que deje el plan de Cal MediConnect por razones relacionadas con su salud 237

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 237

H. ¿Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan? 237

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

A. ¿Cuándo puede cancelar su membresía de nuestro plan de Cal MediConnect?

Puede cancelar su membresía de OneCare Connect en cualquier temporada del año al afiliarse en otro plan de Medicare Advantage o al Plan Original de Medicare.

Cuando cancele su membresía de nuestro plan de Cal MediConnect, seguirá inscrito en CalOptima para sus servicios de Medi-Cal. Puede elegir sus opciones de inscripción de Medicare cuando cancele su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect.

Si abandona el plan, puede obtener información sobre sus:

- opciones de Medicare en la tabla en la página 231.
- servicios de Medi-Cal en la página 234.

Puede obtener más información sobre cómo cancelar su membresía llamando:

- al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.
- al Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP), Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o localizar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.
- al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

AVISO: Vigente a partir del 1 de enero de 2019, es posible que no pueda cambiar de plan si está en un programa de administración de medicamentos.

B. ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect?

Si decide cancelar su membresía de OneCare Connect:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**; O
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY (personas sordas, con dificultad para oír o discapacidad del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo obtener los servicios de Medicare cuando deje nuestro plan, consulte la tabla en la página 232.

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

Si se retira de OneCare Connect y no se inscribe en un plan de Medicare Advantage, volverá a recibir los servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

C1. ¿Cómo obtener los servicios de Medicare?

Tendrá opciones sobre cómo obtener los beneficios de Medicare. Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente terminará su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect:

1. Puede cambiarse a:	Esto es lo que debe hacer:
Un plan de salud de Medicare (como un plan de Medicare Advantage) o, si cumple los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE)	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el nuevo plan de salud solamente de Medicare. Para consultas acerca del PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223). Si requiere ayuda o más información: ● Llame al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de OneCare Connect.

2. Puede cambiarse a: **El Plan Original de Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si requiere ayuda o más información: • Llame al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Cuando empiece la cobertura del Plan Original de Medicare, automáticamente será dado de baja de OneCare Connect.

3. Puede cambiarse a: **El Plan Original de Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare** **AVISO:** Si se cambia al Plan Original de Medicare y no se inscribe en un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea hacerlo. No debería renunciar a la cobertura de medicamentos con receta, a menos que reciba este tipo de cobertura de parte de su empleador, sindicato u otra fuente. Si tiene preguntas sobre si necesita una cobertura de medicamentos, llame al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si requiere ayuda o más información: • Llame al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/. Cuando empiece la cobertura del Plan Original de Medicare, automáticamente será dado de baja de OneCare Connect.

C2. ¿Cómo obtener los servicios de Medi-Cal?

Si se retira de nuestro plan de Cal MediConnect, seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de CalOptima.

Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de los servicios y apoyo a largo plazo y los servicios de salud del comportamiento.

Cuando cancele su membresía con nuestro plan de Cal MediConnect, obtendrá una nueva tarjeta de identificación como miembro, una Guía para Miembros nueva y un Directorio de Proveedores y Farmacias nuevo para su cobertura de Medi-Cal.

D. Siga obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía

Si se retira de OneCare Connect, es posible que pase algún tiempo antes de que termine su membresía e inicie su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal. Para obtener más información, consulte la página 235. Durante este tiempo, seguirá recibiendo su atención de la salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Regularmente, sus medicamentos con receta solamente son cubiertos si se suministran a través de nuestras farmacias de la red.
- **Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, por lo general, su estadía en el hospital será cubierta por nuestro plan Cal MediConnect hasta que sea dado de alta.** Esto sucederá aun si su nueva cobertura de salud inicia antes de que sea dado de alta.

E. Otras situaciones cuando se finaliza su membresía

Estos son los casos en que OneCare Connect deberá finalizar su membresía en el plan:

- Si hay una pausa en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal. Nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal. Si pierde su elegibilidad para Medi-Cal según lo determina el estado de California, estamos obligados a darlo de baja.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si permanece fuera del área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o emprende un viaje largo, debe llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

- Si va a la cárcel o a prisión por un delito.
- Si miente u oculta información acerca de otros seguros con los que cuente para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside en los Estados Unidos legalmente.

Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o ser residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan. Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Debemos darlo de baja si usted no cumple este requisito.

Si ya no reúne los requisitos para Medi-Cal o sus circunstancias han cambiado de manera que ya no es elegible para OneCare Connect, puede seguir obteniendo los beneficios de OneCare Connect durante un plazo adicional de 2 meses. Este tiempo adicional le permitirá corregir la información sobre su elegibilidad si cree que aún es elegible. Recibirá una carta de nuestra parte sobre el cambio en su elegibilidad con instrucciones para corregir su información de elegibilidad.

- Para seguir siendo miembro de OneCare Connect, debe reunir los requisitos de nuevo a más tardar el último día del plazo de 2 meses.
- Si no reúne los requisitos al final del plazo de 2 meses, será dado de baja de OneCare Connect.

Podemos hacer que usted deje nuestro plan por las siguientes razones solo si obtenemos antes la autorización de Medicare y Medi-Cal:

- Si usted intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera que es disruptiva y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted u otros miembros de nuestro plan.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de identificación como miembro para recibir atención médica.
    - Si cancelamos su membresía debido a esa razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el inspector general.

F. Normas en contra de pedirle que deje el plan de Cal MediConnect por razones relacionadas con su salud

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por una razón relacionada con su salud, debe **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, los siete días de la semana.

También deberá **llamar al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect** al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-855-847-7914.

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

Si cancelamos su membresía en nuestro plan de Cal MediConnect, debemos explicarle por escrito nuestras razones para cancelar su membresía. También estamos obligados a explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. ¿Cómo obtener más información sobre la cancelación de su membresía en el plan?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía de OneCare Connect, puede llamar:

- al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-705-8823**.
- al Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina del HICAP local en su área, visite http://www.aging.ca.gov/HICAP/.
- al Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect, al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-855-847-7914.
- a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los siete días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía de OneCare Connect. Los términos importantes y sus definiciones aparecen por orden alfabético en el último capítulo de la *Guía para Miembros*.

Índice

A. Aviso acerca de las leyes 239

B. Aviso sobre la no discriminación 239

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia. 239

A. Aviso acerca de las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a esta *Guía para Miembros.* Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o no se explican en esta guía. Las principales leyes que se aplican a esta guía son las leyes federales sobre los programas de Medicare y Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre la no discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare y Medi-Cal debe obedecer la ley. No se le puede tratar de manera diferente por motivos de edad, experiencia en reclamaciones, color, credo, origen étnico, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica, estado de salud, historial médico, discapacidad mental o física, nacionalidad, raza, religión o sexo.

Si considera que no fue tratado justamente por cualquiera de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar la página http://www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario y Medi-Cal como pagador de última instancia

A veces, alguien más debe pagar antes por los servicios que le brindamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de auto o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación Laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

El programa de OneCare Connect cumple las leyes y los reglamentos federales y estatales relacionados con la responsabilidad legal de terceros para servicios de atención a la salud proporcionados a los beneficiarios. Tomaremos todas las medidas razonables para garantizar que el programa de Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos importantes que se encuentran a lo largo de la *Guía para Miembros* y sus definiciones. Los términos están en orden alfabético. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si no encuentra el término que busca o si necesita más información de lo que contiene la definición.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Actividades de la vida diaria (ADL): Las cosas que hacen las personas en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Ayuda pagada en espera: Usted puede seguir recibiendo sus beneficios mientras espera la decisión sobre una apelación de primer nivel o una audiencia estatal (consulte el Capítulo 9 para obtener más información). Esta cobertura continuada se llama "ayuda pagada en espera".

Centro de cirugía ambulatoria: Una instalación que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que requieran atención por más de 24 horas.

Apelación: Una forma en que usted puede disputar nuestra acción, si piensa que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura a través de una apelación. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo la manera de presentar una apelación.

Salud del comportamiento: Un término general que se refiere a la salud mental y los trastornos por el uso de sustancias.

Medicamento de marca: Un medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa que fabricó el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que sus correspondientes versiones genéricas. Los medicamentos genéricos son normalmente fabricados y vendidos por otras empresas farmacéuticas.

Cal MediConnect: Un programa que le ofrece los beneficios de Medicare y de Medi-Cal juntos en un plan de salud. Usted tiene una tarjeta de identificación como miembro para todos sus beneficios.

Plan de atención: Consulte el "Plan de atención individualizada".

Servicios opcionales del plan de atención (CPO): Servicios adicionales que son opcionales conforme a su plan de atención individualizada (ICP). Estos servicios no están diseñados para reemplazar los servicios a largo plazo y los apoyos que usted tenga autorizados recibir con Medi-Cal.

Equipo de atención: Consulte el "Equipo de atención interdisciplinario".

Etapa de cobertura catastrófica: La etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en donde el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del

año. Usted inicia esta etapa cuando ha alcanzado el límite de $5,100 en medicamentos con recetas.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con CMS.

Servicios comunitarios para adultos (CBAS): Programa de servicios ambulatorios, basados en una institución, que ofrece atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, apoyo y capacitación para la familia o persona que cuida al paciente, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para miembros elegibles que cumplan los criterios de elegibilidad correspondientes.

Queja: Una declaración escrita o hablada que afirma que tiene un problema o una inquietud acerca de su atención o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal de "presentar una queja" es "presentar una reclamación".

Establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un establecimiento que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Brinda una variedad de servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos medicamentos con receta. Por ejemplo, usted podría pagar $2 o $5 por un medicamento con receta.

Costo compartido: Cantidades que debe pagar cuando recibe ciertos medicamentos con receta. El costo compartido incluye los copagos.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como Lista de medicamentos) está en uno de *tres* niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que usted tiene que pagar por el medicamento.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y medicamentos a venta libre (over-the-counter, OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que usamos para referirnos a toda la atención de la salud, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y de venta libre, equipo y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Capacitación de competencia cultural: Capacitación que brinda conocimiento adicional a nuestros proveedores de atención médica que les ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar los servicios para satisfacer sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Departamento de Servicios para Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder las preguntas que usted tenga sobre su membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros.

Tarifa de costo compartido diaria: Una tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta menos del suministro para un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro de un mes.

Este es un ejemplo: digamos que el copago de su medicamento para un suministro de todo un mes (un suministro para 30 días) es de $1.25. Eso significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es un poco más de $0.04. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será un poco más de $0.04 por día, multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de $0.29.

Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud (DHCS): El departamento estatal de California que administra el Programa Medicaid (conocido como Medi-Cal en California), generalmente se le menciona como “el Estado” en esta guía.

Cancelación de la inscripción: El proceso de cancelar su membresía en nuestro plan. El proceso para cancelar su membresía puede ser voluntario (por su propia decisión) o involuntario (no por su propia decisión).

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca y los de venta libre (OTC) son ejemplos de estos niveles. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos cubiertos* está categorizado como uno de estos niveles.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos artículos que su médico ordena para que los use en su propia casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital que pida un proveedor para usarse en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andaderas.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted padece síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida del funcionamiento de alguna parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Excepción: Autorización para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no se cubre o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Ayuda adicional: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La ayuda adicional también se conoce como “Subsidio por bajos ingresos”, o “LIS”.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Reclamación: Una queja que usted presenta sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP): Un programa que brinda información y asesoría libre y objetiva sobre Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con HICAP.

Plan de salud: Una organización conformada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios de largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención personal para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajarán de manera conjunta para brindarle la atención que necesita.

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Evaluación de riesgos de salud: Una revisión de la historia médica y la condición actual de un paciente. Se usa para determinar el estado de salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención paliativa: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a vivir con comodidad. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses de vida o menos.

- Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir un centro de atención paliativa.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brindan atención integral a la persona, incluyendo las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- OneCare Connect debe darle una lista de los proveedores de atención paliativa en su área geográfica.

Facturación incorrecta/indebida: Situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra una cantidad mayor que el costo compartido del plan por los servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de OneCare Connect cuando reciba cualquier servicio o medicamento recetado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Plan de Atención Individualizada (ICP o plan de atención): Un plan de los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, y servicios y apoyo a largo plazo.

Etapa de cobertura inicial: La etapa antes de que sus costos personales totales de la Parte D alcancen $5,100. Esto incluye las cantidades que usted ha pagado, lo que el plan ha pagado en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.

Paciente internado: Un término usado una vez que ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue ingresado formalmente, aún puede ser considerado paciente ambulatorio en lugar de paciente internado, incluso si pasa la noche en el hospital.

Equipo de atención interdisciplinario (ICT, o equipo de atención): Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otro tipo de profesionales de salud que están ahí para ayudarle a obtener la atención que usted necesita. Su equipo de atención también le ayudará a diseñar el plan de atención.

Lista de medicamentos cubiertos **(Lista de medicamentos):** Una lista de medicamentos con receta y medicamentos a venta libre (OTC) cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de la lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le indica si hay alguna regla que necesite seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama "formulario".

Servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica de largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en casa para que no tenga que acudir a un hogar para personas mayores o un hospital. Los LTSS incluyen el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP), los servicios comunitarios para adultos (CBAS) y los centros de enfermería/centros de cuidado subagudo (NF/SCF).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Vea "Ayuda adicional".

Medi-Cal: Este es el nombre del programa Medicaid de California. Medi-Cal es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal.

- Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo, así como costos médicos.
- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no están cubiertos por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos por atención médica son cubiertos si califica para ambos Medicare y Medicaid.
- Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse a Medi-Cal.

Planes de Medi-Cal: Planes que cubren solo los beneficios de Medi-Cal, como servicios y apoyo a largo plazo, equipo médico y transporte. Los beneficios de Medicare son por separado.

Necesario por motivos médicos: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección o mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención médica necesaria para evitar ser hospitalizado o ingresar a un centro de atención de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados de práctica médica.

Necesario por motivos médicos o necesidad médica (Medi-Cal): Servicios razonables y necesarios para proteger la vida, para prevenir enfermedades considerables o discapacidades considerables, o para aliviar el dolor intenso mediante el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, padecimientos o lesiones.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare por medio del plan Original de Medicare o un plan de atención administrada (consulte “plan de salud”).

Plan de Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “la Parte C de Medicare” o “Planes MA”, que ofrecen planes a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Afiliado de Medicare-Medi-Cal (doble elegibilidad): Una persona que cumple los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medi-Cal. Un afiliado de Medicare-Medi-Cal también se llama “beneficiario de doble elegibilidad”.

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, de centros de enfermería especializada, salud en el hogar y paliativa necesaria por motivos médicos.

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andaderas) que son necesarios por motivos médicos para tratar una enfermedad o

afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas ofrecer los beneficios de Medicare a través de un Plan de Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: El programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Llamamos a este programa la "Parte D" para abreviar). La Parte D cubre medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare, o Medi-Cal. OneCare Connect incluye la Parte D de Medicare.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Es posible que Medi-Cal cubra algunos de estos medicamentos.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y Medi-Cal que cumple los requisitos para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y el estado.

***Guía para Miembros* e información de divulgación:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos o cláusulas, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP): Un programa que brinda servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS) a personas elegibles para Medi-Cal, que son mayores de 65 años y con discapacidades, como una alternativa a su asignación en un centro de enfermería.

Farmacia de la red: Una farmacia que aceptó surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que usamos para los médicos, las enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término incluye también hospitales, agencias de atención en el hogar, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y recibir nuestro pago sin cobrarles a nuestros miembros cargos adicionales.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores participantes de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Centro de enfermería u hogar para personas mayores: Un lugar que ofrece atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital.

Mediador en asuntos de interés público: Una oficina de su estado que trabaja para abogar por usted. Responden preguntas si tiene problemas o quejas y pueden ayudarle a comprender lo que debe hacer. Los servicios del mediador en asuntos de interés público son gratuitos. Consulte los Capítulos 2 y 9 de esta guía para más información sobre el Programa del mediador en asuntos de interés público de Cal MediConnect.

Determinación de la organización: El plan ha tomado una determinación de la organización cuando este, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en esta guía. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Plan Original de Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El plan Original de Medicare es ofrecido por el gobierno. En el plan Original de Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores médicos cantidades que fueron establecidas por el Congreso.

- Usted puede ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. El plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico).
- El plan Original de Medicare está disponible en cualquier lugar de Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir el plan Original de Medicare.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no acordó trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o establecimiento fuera de la red: Proveedor o establecimiento que no está empleado, no pertenece o no es operado por nuestro plan y que no tiene un contrato para ofrecer los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El uso de proveedores o de establecimientos no participantes se explica en el Capítulo 3.

Costos personales: El requisito de costo compartido en el que los miembros deben pagar parte del costo de los servicios o medicamentos que reciben también se llama requisito de costo "personal". Consulte la definición anterior de "costo compartido".

Medicamentos a venta libre (OTC): Los medicamentos a venta libre se refieren a cualquier fármaco o medicamento que puede comprar una persona sin la receta médica de un profesional de atención médica.

Parte A: Consulte "Parte A de Medicare".

Parte B: Consulte "Parte B de Medicare".

Parte C: Consulte "Parte C de Medicare".

Parte D: Consulte "Parte D de Medicare".

Medicamentos de la Parte D: Consulte "Medicamentos de la Parte D de Medicare".

Coordinador de atención personal (PCC): Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención para garantizar que usted reciba la atención que necesita.

Información de salud personal (también conocido como Información de salud protegida, PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, consultas médicas y antecedentes clínicos. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de OneCare Connect para más información sobre cómo OneCare Connect protege, usa y divulga su PHI, así como sus derechos con respecto a su PHI.

Proveedor de atención primaria o médico general (PCP): Su proveedor de atención primaria es el médico general u otro proveedor al que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Este médico se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

- Este médico también puede hablar con otros médicos y proveedores médicos sobre su atención y referirlo a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el Capítulo 3 para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: Aprobación necesaria de OneCare Connect que debe obtener antes de poder recibir ciertos servicios, medicamentos o para ser atendido por un proveedor fuera de la red. Es posible que OneCare Connect no cubra el servicio o medicamento si no obtiene una aprobación.

Algunos de los servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa del plan están señalados en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solo si obtiene una autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa del plan están señalados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Planes del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE): Un programa que cubre los beneficios de Medicare y de Medi-Cal juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel más alto de atención para vivir en casa.

Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor médico. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluyendo los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención a las personas que tienen Medicare. El gobierno federal les paga para verificar y

mejorar la atención proporcionada a los pacientes. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que puede recibir. Los límites pueden ser sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica.

Referencias: Una referencia significa que su médico general debe darle aprobación antes de atenderse con otro médico que no sea su médico general. Es posible que OneCare Connect no cubra el servicio si no obtiene la aprobación. No necesita una referencia para acudir a determinados especialistas, como a especialistas de la salud de la mujer. Consulte el Capítulo 3 para más información sobre las referencias y el Capítulo 4 sobre los servicios que requieren una referencia.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una cirugía mayor. Consulte el Capítulo 4 para saber más sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función de dónde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden obtener OneCare Connect.

Costo compartido: La parte de los costos de la atención de la salud que usted podría tener que pagar cada mes antes de que los beneficios de Cal MediConnect entren en vigor. La cantidad de su costo compartido varía, dependiendo de sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF): Centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Servicios especializados de atención de enfermería y rehabilitación proporcionados de manera continua y diariamente en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que pueden administrarle una enfermera registrada o un médico.

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medi-Cal que no queremos aprobar, o no continuaremos pagando un servicio de Medi-Cal que ya tiene, usted puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos darle el servicio que solicitó.

Terapia por etapas: Una regla de cobertura que requiere que usted pruebe primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está solicitando.

Ingreso de seguridad complementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Cuidado urgente: Cuidado que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia, pero requiere atención inmediata. Puede obtener atención urgente necesaria de proveedores no participantes cuando los proveedores participantes de la red no estén disponibles o cuando no pueda acceder a ellos.

Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect

LLAME AL	**1-855-705-8823** Las llamadas a este número no tienen ningún costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para personas que no hablan inglés.
TDD/TTY	**1-800-735-2929** Las llamadas a este número no tienen ningún costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Connect Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
PÁGINA DE INTERNET	**www.caloptima.org/onecareconnect**

Si tiene preguntas, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Esta llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **www.caloptima.org/onecareconnect**.

OneCare Connect

CalOptima

A Public Agency

Better. Together.

505 City Parkway West | Orange, CA 92868

www.caloptima.org

Si tiene preguntas o necesita ayuda con sus servicios de atención médica, por favor llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros del plan OneCare Connect de CalOptima al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Tenemos personal que habla su idioma. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. También puede visitar nuestra página de Internet www.caloptima.org/onecareconnect.

PRI-030-269 S (08/18)