

2019



Evidencia de Cobertura





1 de enero – 31 de diciembre de 2019

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios de salud de Medicare, servicios y cobertura de medicamentos con receta como miembro de OneCare (HMO SNP)

Esta guía le proporciona detalles acerca de la atención médica de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) y la cobertura de medicamentos con receta del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019. En él se explica cómo obtener la cobertura de servicios de atención médica y medicamentos con receta que usted necesite. **Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

CalOptima ofrece este plan, OneCare (HMO SNP) (cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CalOptima. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a OneCare).

OneCare (HMO SNP) es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato.

La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

This document is available for free in Spanish and Vietnamese.

Please contact our Customer Service number at **1-877-412-2734** for additional information. (TDD/TTY users should call **1-800-735-2929**.) Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Este documento está disponible gratis en inglés, español y vietnamita.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Para más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**).

Thông tin này cũng có sẵn miễn phí bằng những ngôn ngữ khác.

Xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi qua số điện thoại **1-877-412-2734** để biết thêm chi tiết. (Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số **1-800-735-2929**).

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y cintas de audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2020.

La Lista de medicamentos, las farmacias participantes y/o los proveedores participantes pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Índice

Evidencia de Cobertura 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda y encontrar la información que necesita, consulte la primera página de cualquier capítulo. **Usted encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar esta guía. Explica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 22

Le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (OneCare) y con otras organizaciones incluyendo Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), la Organización de Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medi-Cal (Medicaid) (el programa de seguro de salud estatal para las personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta, y a la Junta de Ferroviarios Jubilados (RRB).

Capítulo 3 ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos? 44

Explica cosas importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga). 63

Proporciona detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y no cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por la atención médica cubierta.

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D? 115

Explica las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la Lista de medicamentos cubiertos del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos no están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan para la seguridad y la administración de medicamentos.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Índice

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D? 139

Le informa acerca de los tres niveles de cobertura de medicamentos (nivel de cobertura inicial, nivel de intervalo de cobertura y nivel de cobertura catastrófica) y cómo estos niveles afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los dos niveles de costo compartido por sus medicamentos de la Parte D y le indica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos? 158

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiera pedirnos que le paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 166

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Indica lo que puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 180

Describe paso a paso qué hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos de prescripción médica que considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales a su cobertura de medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, los servicios para miembros u otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 248

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 261

Incluye avisos sobre la ley y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 264

Explica términos claves utilizados en esta guía.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1: Introducción	8
Sección 1.1 Usted está inscrito en OneCare, el cual es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan para Personas con Necesidades Especiales).	8
Sección 1.2 ¿De qué trata la guía de Evidencia de Cobertura?	9
Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura	9
SECCIÓN 2: ¿Qué lo hace candidato para ser miembro del plan?	10
Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad.	10
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	10
Sección 2.3 ¿Qué es Medi-Cal (Medicaid)?	11
Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan de OneCare	11
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal.	12
SECCIÓN 3: ¿Qué otro material recibirá de nosotros?	12
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener la atención médica y los medicamentos con receta cubiertos.	12
Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores en la red del plan.	13
Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía a nuestra red de farmacias	14
Sección 3.4 El plan cuenta con una Lista de medicamentos cubiertos	14
Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos con receta de la Parte D	15
SECCIÓN 4: Su prima mensual de OneCare	15
Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?	15
Sección 4.2 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay diferentes métodos para pagar la multa	17
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	18
SECCIÓN 5: Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	18

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 5.1 ¿Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted?	18
--	----

SECCIÓN 6: Protegemos la privacidad de su información de salud personal..... 20

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	20
---	----

SECCIÓN 7: ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan? 20

Sección 7.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?	20
---	----

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en OneCare, el cual es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan para Personas con Necesidades Especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medi-Cal (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medi-Cal (Medicaid)** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medi-Cal (Medicaid) varía según el estado y el tipo de programa Medi-Cal (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con Medi-Cal (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura de servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, OneCare.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. OneCare es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de salud. OneCare está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a la asistencia de Medi-Cal (Medicaid).

La cobertura bajo este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de las Leyes de Protección del Paciente y Seguro Médico Accesible (Patient Protection and Affordable Care Act, 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>.

Debido a que usted recibe asistencia de Medi-Cal (Medicaid) para su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medi-Cal (Medicaid) también proporciona otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que no están cubiertos generalmente por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. OneCare le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que usted obtenga los servicios de atención médica y asistencia de pagos que le corresponden.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

OneCare es operado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los Planes de Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medi-Cal de California para coordinar sus beneficios con Medi-Cal (Medicaid). Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare y Medi-Cal (Medicaid), incluida la cobertura de medicamentos con receta.

Sección 1.2 ¿De qué trata la guía de Evidencia de Cobertura?

Esta guía de Evidencia de Cobertura le informa cómo obtener atención médica y medicamentos con receta de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) cubiertos a través de nuestro plan. Esta guía explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Las frases “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a los medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de OneCare.

Es importante que usted aprenda cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo para leer esta guía de Evidencia de Cobertura.

Si está confundido o preocupado o simplemente tiene una pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo OneCare cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

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

Cada año, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de OneCare después del 31 de diciembre de 2019. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar a OneCare cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando nosotros elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2: ¿Qué lo hace candidato para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare)
- - y - viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio)
- - y - sea ciudadano de los Estados Unidos o reside en los Estados Unidos legalmente
- - y - cumpla los requisitos de selección especiales que se describen a continuación.

Requisitos especiales de selección para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Para ser elegible para inscribirse en nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y los beneficios completos de Medi-Cal (Medicaid).

Tenga en cuenta que si pierde su elegibilidad pero espera razonablemente recuperarla en un plazo de 6 meses, sigue siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 trata sobre la cobertura y costo compartido durante un plazo en el que se considera de elegibilidad continuada).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

La primera vez que se inscribió en Medicare, recibió información acerca de qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde que:

- La Parte A de Medicare generalmente, ayuda a cubrir los servicios prestados

por los hospitales (para servicios de hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de salud en el hogar).

- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medi-Cal (Medicaid)?

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es candidato, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medi-Cal (Medicaid) [QMB+]).

Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan de OneCare

Aunque Medicare es un programa federal, OneCare está disponible solamente para personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo dentro del área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Condado de Orange.

Si planea mudarse fuera del estado, debe comunicarse con la oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid) y preguntar cómo esto afectará sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Los números de teléfono de Medi-Cal (Medicaid) están en el Capítulo 2, Sección 6 de esta guía.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Cuando se mude, tendrá un plazo de inscripción especial que le permitirá cambiar al Plan

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Original de Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Usted puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a OneCare si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. OneCare debe darlo de baja si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3: ¿Qué otro material recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener la atención médica y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid). Ésta es una muestra de cómo se verá su tarjeta de miembro:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul nueva de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (a excepción de estudios de investigación clínica de rutina y servicios en un centro de atención paliativa). Es posible que le pidan mostrar su tarjeta nueva de Medicare si requiere servicios hospitalarios. Guarde su tarjeta roja, blanca y azul nueva de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

Esto es muy importante porque: si obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul nueva de Medicare en lugar de utilizar su tarjeta de membresía de OneCare mientras sea miembro del plan, es posible que usted tenga que pagar el costo total.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores en la red del plan

El Directorio de Proveedores enumera a nuestros proveedores participantes de la red. Los proveedores participantes de Medi-Cal (Medicaid) también están incluidos en el Directorio de Proveedores. Para obtener más información, consulte el Directorio de Proveedores.

¿Qué son los “proveedores participantes de la red”?

Los proveedores participantes de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. La lista más actualizada del Directorio de Proveedores también está disponible en nuestra página de Internet **www.caloptima.org/onecare**.

¿Por qué necesita saber qué proveedores son parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores participantes de la red para obtener su atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de cuidado urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que OneCare autorice el uso de proveedores no participantes. Consulte el Capítulo 3 (¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?) para obtener información más específica acerca de emergencias, y la cobertura de emergencia fuera de la red y fuera del área.

Si usted no tiene su copia del Directorio de Proveedores, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Usted puede solicitar al Departamento de Servicios para Miembros más información sobre los proveedores participantes de la red, incluyendo su preparación. También puede consultar el Directorio de Proveedores, en **www.caloptima.org/onecare**, o descargarlo desde este sitio. Tanto en el Departamento

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

de Servicios para Miembros como en el sitio web, puede obtener la información actualizada sobre los cambios en nuestra red de proveedores participantes de la red.

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía a nuestra red de farmacias

El Directorio de Farmacias es una lista completa de las farmacias de la red, y forma parte de nuestro Directorio de Proveedores de OneCare.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber sobre la red de farmacias?

Usted puede utilizar el Directorio de Farmacias para encontrar la farmacia de la red a la que desee acudir. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay una versión actualizada del Directorio de Farmacias en nuestra página de Internet, en **www.caloptima.org/onecare**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o pedir que le enviemos un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias de 2019 para saber cuáles farmacias están en nuestra red.**

Si usted no tiene el Directorio de Farmacias, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). En cualquier momento, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar información en nuestra página de Internet en **www.caloptima.org/onecare**.

Sección 3.4 El plan cuenta con una Lista de medicamentos cubiertos

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. La lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en OneCare. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos conforme a sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). La Lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid).

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos fijados por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *OneCare*.

La Lista de medicamentos también le indica si existe alguna regla que limite la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página de Internet del plan, en **www.caloptima.org/onecare** o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 3.5 La Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos con receta de la Parte D

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 de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica el monto total que ha 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 (¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?) le da más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo ésta puede ayudarle a llevar un registro de la cobertura de sus medicamentos.

También puede solicitar un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

SECCIÓN 4: Su prima mensual de OneCare

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Usted no paga una prima mensual separada por OneCare. Usted tendrá que continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B le sea pagada por Medicaid u otro tercero).

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor a la suma descrita en la Sección 4.1 anterior. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía de la Parte D** debido a que no se suscribieron en un plan de medicamentos con receta de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque mantuvieron un período

consecutivo de 63 días o más cuando no tuvieron cobertura de medicamentos con receta “acreditable”. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de los medicamentos con receta pague, en promedio, un monto al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La suma de su prima será la prima mensual del plan más la suma de su multa por inscripción tardía de la Parte D.

- Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), usted será sujeto a una multa por inscripción tardía de la Parte D si estuvo sin cobertura acreditable para medicamentos con receta por 63 días o más.
- Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de su multa dependerá de la cantidad de meses que haya estado sin cobertura de la Parte D o cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como se explicó en la Sección 2 anterior, para poder reunir los requisitos de nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid), así como también ser beneficiario de la Parte A de Medicare y estar suscrito en la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de OneCare, Medi-Cal (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medi-Cal (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Otras personas pagan una suma adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esta se conoce como suma de ajuste mensual conforme con ingresos, también conocida como IRMAA. Si sus ingresos son mayores a \$85,000 por una persona (o para personas casadas que presentan sus ingresos por separado), o mayores a \$170,000 para personas casadas, **usted debe pagar una suma adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la cantidad adicional. Si tuvo un evento trascendental que provocó la caída de sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si necesita pagar la suma adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> o 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. O puede llamar al Seguro Social al

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

1-800-772-1213. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2019* incluye información sobre estas primas en la sección titulada “Costos de Medicare 2019”. Cada año durante el otoño, todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted*. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del primer mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* ingresando a la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando 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.

Sección 4.2 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay diferentes métodos para pagar la multa

Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay 2 métodos que puede utilizar.

Si decide cambiar la forma de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Debemos recibir la multa por inscripción tardía de la Parte D en la oficina antes del primer día de cada mes. Puede enviar el cheque por correo a la dirección a continuación o presentarlo en persona. El cheque debe ser emitido a CalOptima.

Envíe el cheque por correo a:

CalOptima
Attn: Finance Department
505 City Parkway West
Orange Ca 92868

Opción 2: puede pedir que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para más información sobre esta forma de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Nos complace ayudarle a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

¿Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que le ayuden a pagar la multa. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima de plan mensual durante el año. Si hay cambios en la prima mensual para el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted tuvo un período consecutivo de 63 días o más en los que no tuvo una cobertura de medicamentos con receta “acreditable”). Esto puede ocurrir si usted es candidato para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es candidato para el programa de “Ayuda adicional” durante el año, es posible que deje de pagar su multa.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), será sujeto a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si no mantiene cobertura esencial mínima de medicamentos con receta por más de 63 días.

Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5: Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 ¿Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted?

Su registro de membresía tiene la información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su médico general, grupo médico y el plan de salud.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores participantes de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y el monto del costo compartido que le corresponde.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga, como la de su empleador, el empleador de su pareja o la indemnización a los trabajadores, o Medi-Cal (Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ha sido ingresado en un hogar para personas mayores
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si algo de esta información cambia, por favor háganoslo saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare exige que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Por favor, lea atentamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no esté en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6: Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal como lo exigen estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de esta guía.

SECCIÓN 7: ¿Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan?

Sección 7.1 ¿Cuál plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado el “pagador secundario”, solamente paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos.

Estas reglas se aplican para planes de cobertura grupal de un sindicato o un empleador:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare con base en su edad, discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia aún está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea candidato para el programa Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Indemnización a los trabajadores

Medi-Cal (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solamente pagan después de que los planes de salud de Medicare o un plan grupal del empleador han pagado.

Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Puede que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1: Información de contacto de OneCare (¿cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros del plan?).....	24
SECCIÓN 2: Medicare (¿cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare?).....	33
SECCIÓN 3: Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)	35
SECCIÓN 4: Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para revisar la calidad de la atención para las personas con Medicare)	36
SECCIÓN 5: Seguro Social	37
SECCIÓN 6: Medi-Cal (Medicaid) (un programa federal conjunto con el gobierno estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los gastos médicos).....	38
SECCIÓN 7: Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	40
SECCIÓN 8: ¿Cómo comunicarse a la Junta de Ferroviarios Jubilados?	41
SECCIÓN 9: ¿Cuenta con “seguro grupal” u otros seguros médicos de un empleador?.....	42
SECCIÓN 10: Puede obtener ayuda de la Conexión de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad del Condado de Orange	43

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1: Información de contacto de OneCare (¿cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros del plan?)

¿Cómo comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan?

Para recibir asistencia con preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de miembros, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre su atención médica?

Una decisión de cobertura es la decisión que tomamos respecto a sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana o visitar nuestra oficina de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Apelaciones para atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8562
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 Attn: Grievance & Appeals Dept.
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica?

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores participantes de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas de pago o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe buscar en la sección anterior cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre atención médica, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana o visitar nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8562
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 Attn: Grievance & Appeals Dept.
PÁGINA DE INTERNET DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre OneCare directamente a Medicare. Para presentar una queja con Medicare en línea, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-858-357-2556
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D?

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Apelaciones sobre medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-858-357-2556
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 Attn: Pharmacy Dept.
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D?

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas de pago o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, usted debe buscar en la sección anterior cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

Método	Quejas sobre medicamentos con receta de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8562
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 Attn: Grievance & Appeals Dept.
PÁGINA DE INTERNET DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre OneCare directamente a Medicare. Para presentar una queja con Medicare en línea, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido

Para obtener más información acerca de las situaciones en las que es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que reciba de algún proveedor, consulte el Capítulo 7 (Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos).

Tome en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitud de pago de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-858-357-2556
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 Attn: Pharmacy Dept.
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 2: Medicare (¿cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare?)

Medicare es el programa federal de seguro médico 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 es los Centros para Servicios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) (conocidos a veces como CMS). Esta agencia realiza contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
PÁGINA DE INTERNET	https://www.medicare.gov Es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada acerca de Medicare y de los problemas actuales de Medicare. También contiene información acerca de hospitales, hogares de la tercera edad, médicos, agencias de salud en el hogar y de las instalaciones para diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también contiene información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: ● Herramienta de elegibilidad de Medicare: Ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. ● Buscador de planes de Medicare: Ofrece información personalizada acerca de los planes disponibles de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un cálculo del costo de desembolso para usted en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga de OneCare: ● Informe a Medicare sobre su queja: Usted puede enviar una queja acerca de OneCare directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite 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 no cuenta con una computadora, es posible que su biblioteca local o su centro de la tercera edad le ayude a visitar este sitio web, en su computadora. O usted puede llamar a Medicare y decirles qué información busca. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Usted puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

**SECCIÓN 3: Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas
acerca de Medicare)**

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP).

El HICAP es independiente (no tiene nexos con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría local y gratuita en seguros médicos para las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas acerca de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas acerca de la atención médica o el tratamiento y ayudarle a resolver los problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a contestar cualquier pregunta que tenga sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) (SHIP en California) – Información de contacto
LLAME AL	1-714-479-0107 (únicamente llamadas al interior del estado) o 1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
PÁGINA DE INTERNET	www.coaoc.org

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 4: Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para revisar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Hay una Organización de Mejora de la Calidad designada para dar servicio a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para California, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que revise y ayude a mejorar la calidad de la atención para la gente con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted deberá ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención recibida.
- Usted considera que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza muy pronto.
- Usted considera que la cobertura para su atención médica en el hogar, los servicios de atención en un centro de enfermería especializada o establecimiento de servicios completos de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza muy pronto.

Método	Livanta, LLC (Organización de Mejora de la Calidad de California) – Información de contacto
LLAME AL	Número de teléfono gratuito: 1-877-588-1123 Horario para presentar quejas: lunes a viernes, 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Horario para presentar apelaciones: lunes a viernes, 9 a.m. a 5 p.m. (hora local) Fines de semana y días festivos: 11 a.m. a 3 p.m. (hora local) Servicio de correo de voz disponible las 24 horas al día
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

ESCRIBA A	Livanta, LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA DE INTERNET	www.BFCCQIOAREA5.com

SECCIÓN 5: Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 años, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en fase terminal y que cumplan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, deberá inscribirse a Medicare. El Seguro Social gestiona el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D, porque reciben un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le pedía cubrir el pago de la cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad o si su ingreso se redujo debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique al Seguro Social para informarlo.

Método	Seguro Social - Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y solucionar algunos asuntos las 24 horas al día.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
PÁGINA DE INTERNET	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6: Medi-Cal (Medicaid) (un programa federal conjunto con el gobierno estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los gastos médicos)

Los miembros de OneCare deberán estar inscritos tanto en Medicare como en Medi-Cal (Medicaid).

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medi-Cal (Medicaid) [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medi-Cal (Medicaid) [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayudan a pagar las primas de la Parte A

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que recibe de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Orange.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Servicios Sociales del Condado de Orange, Medi-Cal (programa Medicaid de California) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-281-9799 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 5:30 p.m.
TTY	1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de California) Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Llame al número gratuito anterior o utilice el siguiente sitio web para encontrar la oficina que da servicio a la ciudad en la que usted vive.
PÁGINA DE INTERNET	http://ssa.ocgov.com

La Oficina del mediador público en asuntos de la atención administrada de Medi-Cal ayuda a las personas inscritas en Medi-Cal (Medicaid) con los problemas de servicio o de facturación. Pueden ayudarle a presentar una reclamación o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina del mediador público en asuntos de la atención administrada de Medi-Cal – Información de contacto
LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
TTY	1-800-735-2929 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Department of California Health Care Services - Medi-Cal Managed Care Division Office of the Ombudsman - MS-4412 1501 Capitol Avenue P.O. Box 997413 Sacramento, CA 95899

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Oficina del mediador público en asuntos de la atención administrada de Medi-Cal – Información de contacto
PÁGINA DE INTERNET	http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

El Programa del mediador público en asuntos de la atención a largo plazo ayuda a las personas a obtener información acerca de hogares para personas mayores y resolver problemas entre los hogares para personas mayores y los residentes o sus familias.

Método	Programa del mediador público en asuntos de la atención a largo plazo – Información de contacto
LLAME AL	En el Condado de Orange: 1-714-479-0107 o 1-800-300-6222 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (hora local)
TTY	1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de California) Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Council on Aging—Orange County 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
PÁGINA DE INTERNET	https://www.coasc.org/programs/ombudsman/

SECCIÓN 7: Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal (Medicaid), cumple con los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar el costo de su plan para medicamentos con receta. Usted no necesita hacer nada más para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda adicional,” llame al:

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas al día, los 7 días de la semana;
- la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de las 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- a su oficina estatal de Medi-Cal (Medicaid) (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted considera que está pagando una cantidad incorrecta del costo compartido al recibir su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite ya sea solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel apropiado de copago, o, si ya cuenta con la evidencia, presentárnosla.

- La evidencia de calificación para Medi-Cal (Medicaid) incluye:
 - Su tarjeta de Identificación de Beneficios de California;
 - Una carta de Servicios Sociales del Condado de Orange o de Medi-Cal (Medicaid) de California que indique que usted recibe, o pronto recibirá, Medi-Cal (Medicaid).
- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago adecuado al recibir su siguiente medicamento recetado en la farmacia. Si su copago es excesivo, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque con la cantidad excedente de su pago o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no ha cobrado un copago y cuenta con su copago como una deuda que usted tiene, es posible que hagamos el copago directamente a la farmacia. Si un estado pagó a su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

SECCIÓN 8: ¿Cómo comunicarse a la Junta de Ferroviarios Jubilados?

La Junta de Ferroviarios Jubilados es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas con respecto a los beneficios de su Junta de Ferroviarios Jubilados, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Ferroviarios Jubilados, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Ferroviarios Jubilados – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes Si tiene un teléfono de tonos, la información grabada y los servicios automatizados están disponibles las 24 horas al día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
PÁGINA DE INTERNET	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9: ¿Cuenta con “seguro grupal” u otros seguros médicos de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador (o del de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar por los beneficios de salud o primas para la jubilación de su empleador (o del de su cónyuge). (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de esta guía). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare bajo este plan o periodos de inscripción para hacer cambios.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar la forma en que su cobertura actual de medicamentos trabajará con nuestro plan.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 10: Puede obtener ayuda de la Conexión de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad del Condado de Orange

Método	Conexión de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad del Condado de Orange – Información de contacto
LLAME AL	1-800-510-2020 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 9 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes Si tiene un teléfono de tonos, la información grabada y los servicios automatizados están disponibles las 24 horas al día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-714-550-9472 Las llamadas a este número no son gratuitas.
EN PERSONA	County of Orange Office on Aging 1300 South Grand Avenue Santa Ana, CA 92705 De 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes Dayle McIntosh Center 501 N. Brookhurst Street, #102 Anaheim, CA 92801 Dayle McIntosh South County Branch 24031 El Toro Road, Suite 320 Laguna Hills, CA 92653 De 8:30 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes
PÁGINA DE INTERNET	http://adrcoc.org Es el sitio web oficial de la Conexión de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad del Condado de Orange. Le proporciona información actualizada acerca de los miles de recursos para los adultos mayores del Condado de Orange, personas de cualquier edad con discapacidades, cuidadores y personas que planean para sus futuras necesidades.

CAPÍTULO 3

¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

Capítulo 3 ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

SECCIÓN 1: Lo que debe saber acerca de cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	47
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores participantes de la red” y los “servicios cubiertos”?	47
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.	48
SECCIÓN 2: Use a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios	49
Sección 2.1 Usted debe elegir un médico general que proporcione y supervise su atención	49
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin aprobación previa de su médico general?	51
Sección 2.3 ¿Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores participantes de la red?	52
Sección 2.4 ¿Cómo obtener atención de proveedores no participantes?	54
SECCIÓN 3: ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene necesidad de atención de emergencia o urgencia o durante un desastre?.....	54
Sección 3.1 ¿Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica?.....	54
Sección 3.2 ¿Cómo obtener atención médica cuando requiere servicios de cuidado urgente?	55
Sección 3.3 ¿Cómo obtener atención médica durante un desastre?	56
SECCIÓN 4: ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo completo de los servicios cubiertos?.....	57
Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos.	57
Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?	57

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

SECCIÓN 5: ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio clínico de investigación”?	58
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio clínico de investigación”?	58
Sección 5.2 ¿Quién paga qué cuando participa en un estudio clínico de investigación?	59
SECCIÓN 6: Normas para recibir atención médica cubierta en una “institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos”	60
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos?	60
Sección 6.2 ¿Qué atención médica de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos cubre el plan?	60
SECCIÓN 7: Normas para la posesión de equipo médico duradero	61
Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar cierto número de pagos de acuerdo con nuestro plan?	61

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

SECCIÓN 1: Lo que debe saber acerca de cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber acerca de cómo usar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Le proporciona definiciones de términos y explica las reglas que necesita seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y otra atención médica que cubre el plan.

Para conocer los detalles acerca de la atención médica y otros servicios que estén cubiertos por nuestro plan y cuánto paga usted al recibir esta atención, use la Tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores participantes de la red” y los “servicios cubiertos”?

A continuación, damos algunas definiciones que pueden ayudarle a entender la forma en que recibe atención y servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- **Los “Proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica con licencia por parte del estado para proporcionar servicios y atención médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y a otras instalaciones de atención a la salud.
- **Los “proveedores participantes de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores para que brinden servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le proporcionan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada o solo paga por su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención a la salud, los suministros y el equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como un plan de salud Medicare y Medi-Cal (Medicaid), OneCare debe cubrir todos los servicios cubiertos por el Plan Original de Medicare y pudiera cubrir otros servicios a parte de los que son cubiertos por el Plan Original de Medicare.

OneCare generalmente cubre su atención médica mientras:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía).
- **La atención que recibe se considera necesaria por motivos médicos.** “Necesario por motivos médicos” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un médico general de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un médico general de la red (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su médico general de la red debe proporcionarle aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar a otros proveedores en la red del plan, como los especialistas, los hospitales, los centros de enfermería especializada o las agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama darle una “referencia”. Para obtener más información a este respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las referencias de su médico general no se requieren para la atención de emergencia o los servicios de cuidado urgente. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su médico general (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir la atención de un proveedor participante de la red** (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor no participante (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Estas son tres excepciones:
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de cuidado urgente que usted recibe de un proveedor no participante. Para obtener más información acerca de esto y para saber lo que significan los servicios de emergencia o de cuidado urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

- Si usted requiere atención médica que Medicare o Medi-Cal (Medicaid) requiera que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarle esta atención, puede obtenerla de un proveedor no participante. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar la atención. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener información acerca de cómo obtener aprobación para consultar a un médico no participante en la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2: Use a los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico general que proporcione y supervise su atención
--

¿Qué es un “médico general” y qué hace el médico general por usted?

Cuando usted se vuelve miembro de OneCare, debe elegir a un proveedor del plan como su médico general. Su médico general es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para darle atención médica básica. Algunos ejemplos de los tipos de médicos generales que puede elegir incluyen, entre otros, médicos de medicina interna, médicos de medicina familiar y médicos de medicina general.

Como se explica a continuación, 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. Por ejemplo, para que consulte a un especialista, normalmente primero deberá obtener la aprobación de su médico general (a esto se le llama obtener una “referencia” para un especialista). Su médico general le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de OneCare. Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

- Atención de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y cómo va. Si usted necesita cierto tipo de servicios cubiertos o suministros, deberá obtener la aprobación previa de su médico general (como una referencia para consultar a un especialista). En algunos casos, su médico general necesitará obtener autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte. Debido a que su médico general le ofrecerá y coordinará su atención médica, usted deberá solicitar que todos sus expedientes médicos anteriores se envíen al consultorio de su médico general.

Normalmente, verá primero a su médico general para cubrir la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Solamente existen algunos tipos de servicios cubiertos que puede recibir sin comunicarse antes con su médico general, excepto en los casos que se explican a continuación.

¿Cómo elegir a su médico general?

1. Al momento de inscribirse a OneCare, recibirá una hoja informativa sobre el Directorio de Proveedores de OneCare. Este documento le informa sobre las opciones diferentes que tiene para solicitar un directorio de proveedores e instrucciones sobre cómo tener acceso al directorio de búsqueda en línea.
2. El directorio contiene una lista de todos los grupos médicos, los médicos de atención primaria, los especialistas y los hospitales contratados con OneCare para brindar servicios a los miembros de OneCare.
3. 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 médico general. Su médico general deberá encontrarse en el plan de salud que escoja.
4. OneCare le enviará una tarjeta de membresía para confirmar su elección de médico general. El nombre y número de teléfono de su médico general estarán impresos en su tarjeta de membresía de OneCare.

Usted puede elegir a cualquiera de los médicos en la lista de la sección “Médicos generales” del Directorio de proveedores como su médico general. Haremos nuestro mejor esfuerzo para proporcionarle el médico general que desea. Le informaremos si el médico general que escoja no está abierto para recibir nuevos miembros. Si hay un especialista u hospital en particular de OneCare que desea utilizar, verifique con su médico general o con el Departamento de Servicios para Miembros para asegurarse de que su médico general proporciona referencias para ese especialista o usa ese hospital.

Si no elige un médico general, OneCare elegirá uno por usted. Usted puede cambiar de médico general en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios para Miembros. La fecha efectiva con su nuevo médico general será el primero del mes

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

siguiente al mes en que OneCare reciba su solicitud de cambio. Si necesita ayuda para elegir un médico general, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo cambiar de médico general?

Usted puede cambiar de médico general por cualquier razón en cualquier momento. También es posible que su médico general deje nuestra red de proveedores del plan por lo que deberá encontrar un nuevo médico general.

Puede cambiar de médico general en cualquier momento llamando al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros de OneCare al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visitar nuestra oficina de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. en el 505 City Parkway West, Orange, CA 92868. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.

En la mayoría de los casos, la fecha de vigencia del cambio de médico general nuevo será el primer día del mes siguiente a la fecha en que OneCare reciba su solicitud de cambio. Si necesita ayuda para elegir un médico general, llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requirieron la aprobación de su médico general (como los servicios de atención médica en el hogar y el equipo médico duradero). El Departamento de Servicios para Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención de especialidad y otros servicios que obtenga al momento de cambiar de médico general. También verificarán que el médico general al que quiera cambiar reciba nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo médico general e informarle en qué momento será vigente el cambio a su médico general nuevo. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y número de teléfono de su médico general nuevo.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin aprobación previa de su médico general?

Usted puede recibir los servicios que se describen a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico general.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de los senos), Papanicolaou y exámenes pélvicos mientras los reciba de un proveedor participante de la red.
- Vacunas contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía mientras las reciba de su proveedor participante asignado.
- Servicios de emergencia de proveedores participantes de la red y de proveedores no participantes.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

- Servicios de cuidado urgente de parte de proveedores participantes de la red y de proveedores no participantes cuando los proveedores participantes de la red no estén disponibles o accesibles temporalmente, por ejemplo, cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar la recepción de diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).
- Servicios de la vista
- Viajes en taxi cubiertos por OneCare
- Servicios de salud mental
- Pruebas de detección de VIH para “personas en riesgo”

Sección 2.3 ¿Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores participantes de la red?

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

- Los oncólogos dan atención a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos dan atención a los pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas dan atención 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 o de su plan de salud (a lo que se le conoce como obtener “autorización previa”).

Es muy importante obtener una referencia por escrito (aprobación previa) de su médico general antes de consultar a un especialista del plan o a algunos otros proveedores (hay algunas excepciones, que incluyen la atención médica de rutina para mujeres que explicamos en esta sección). Si no cuenta con una referencia por escrito (aprobación por adelantado) antes de obtener los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

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.

Cada médico general de OneCare cuenta con algunos especialistas del plan que usa como referencias. Esto significa que es posible que el médico general que usted elija determine a los especialistas que usted consulte. Si hay algún especialista específico que desee consultar, averigüe si su médico general envía pacientes a ese especialista. Normalmente puede cambiar de médico general en cualquier momento si desea consultar a un especialista de OneCare para el que su médico general actual no le puede dar una referencia. Si hay algún hospital específico que desee usar, primero debe averiguar si su médico general o los médicos que consultará trabajan en ese hospital.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor participante deja de participar en nuestro plan?

Es posible que cambiemos los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor puede dejar su plan, pero si su médico o especialista deja el plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor 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 necesario por motivos médicos que recibe no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su anterior proveedor o que su atención no es administrada de forma apropiada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono en la parte trasera de su tarjeta de membresía y en la cubierta posterior de esta guía.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

Sección 2.4 ¿Cómo obtener atención de proveedores no participantes?

Si considera que necesita recurrir a un proveedor no participante, primero deberá acudir con su médico general que enviará una solicitud al plan de salud respecto al proveedor no participante. El plan de salud revisará la solicitud y, si no hay una especialidad similar o un proveedor con la experiencia necesaria en la red, el plan de salud aprobará la solicitud de consulta. Con base en la recomendación del proveedor no participante y después de la consulta, el plan de salud podría aprobar el tratamiento fuera de la red si no hay una experiencia similar en la red.

SECCIÓN 3: ¿Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene necesidad de atención de emergencia o urgencia o durante un desastre?

Sección 3.1 ¿Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica?

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si una se le presenta?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o para acudir a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame una ambulancia si lo necesita. No necesita aprobación o referencia previa de su médico general.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan sepa de su emergencia.** 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 periodo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número en la parte trasera de su tarjeta de membresía y en la cubierta posterior de esta guía.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o de sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancias en las situaciones en las que llegar a la sala de urgencias de otra forma

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

podría poner en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de esta guía.

También puede recibir atención de emergencia o cuidado urgente y servicios de ambulancia mundial cuando los necesite. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de esta guía. Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos que le brindan la atención médica de emergencia para ayudar a coordinar y dar seguimiento a la atención. Los médicos que proporcionan la atención médica de emergencia decidirán cuándo es estable su condición y cuándo termina la emergencia médica.

Después de que haya terminado la emergencia, tiene derecho a recibir atención médica de seguimiento para asegurarse que su condición continúa estable. El plan cubrirá la atención médica de seguimiento. Si recibe atención médica de emergencia de proveedores no participantes, trataremos de coordinarnos con proveedores de la red para que se encarguen de su atención médica tan pronto como la condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención médica de emergencia, pues piensa que su salud corre riesgo, y el médico le dice que en verdad no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, cubriremos la atención médica siempre y cuando usted haya pensado con fundamentos que su salud corría peligro.

Sin embargo, después de que el médico dice que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional solamente si la recibe de una de las siguientes dos maneras:

- acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- – o – la atención médica adicional que reciba se considera como “servicios de cuidado urgente” y sigue las normas para recibir esta atención (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 ¿Cómo obtener atención médica cuando requiere servicios de cuidado urgente?

¿Qué son los “servicios de cuidado urgente”?

Los “servicios de cuidado urgente” son una enfermedad, lesión o condición médica imprevista, que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata. Los servicios de cuidado urgente pueden ser proporcionados por proveedores participantes de la red, o proveedores no participantes cuando los proveedores participantes de la red no están disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente. Por ejemplo, la

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

condición imprevista puede ser el brote imprevisto de alguna enfermedad que ha tenido anteriormente.

¿Qué pasa si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita cuidado urgente?

Siempre debe tratar de recibir los servicios de cuidado urgente de los proveedores participantes de la red. No obstante, si no se tiene acceso a los proveedores o no están disponibles temporalmente y no es razonable esperar a recibir la atención médica de su proveedor de la red cuando ya esté disponible, cubriremos los servicios de cuidado urgente que reciba del proveedor fuera de la red.

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

¿Qué pasa si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidado urgente?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de cuidado urgente que reciba de cualquier proveedor.

El plan cubre atención de emergencia, cuidado urgente y servicios de ambulancia mundial cuando los necesite. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de esta guía.

Sección 3.3 ¿Cómo obtener 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 declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, tiene derecho de recibir atención médica del plan.

Visite el siguiente sitio web: <http://www.fema.gov/disaster-recovery-centers> para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede usar un proveedor participante durante un desastre, el plan le permitirá recibir la atención médica de proveedores no participantes a un costo compartido de la red. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede conseguir los medicamentos con receta en una farmacia no participante. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

SECCIÓN 4: ¿Qué pasa si le facturan directamente el costo completo de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos?*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por el plan?

OneCare cubre todos los servicios médicos que son necesarios por motivos médicos, que se mencionan en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla se puede encontrar en el Capítulo 4 de esta guía) y que se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no cubre su plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene duda sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene el derecho de preguntar si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene el derecho de preguntarnos esto por escrito. Si le negamos la cobertura de los servicios, tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica.

El Capítulo 9 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas]*) tiene más información sobre qué hacer si quiere obtener una decisión sobre la cobertura o si desea apelar la decisión que hemos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo completo de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Obtendrá información sobre los límites de los beneficios en la Tabla de beneficios del plan (se encuentra en el Capítulo 4 de esta guía). Cualquier costo que pague una vez que ha alcanzado el límite de los beneficios no será considerado en el máximo de costos personales. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

SECCIÓN 5: ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio clínico de investigación”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio clínico de investigación”?

Un estudio clínico de investigación (también llamado “ensayo clínico”) es una manera en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Evalúan los nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos pidiendo la ayuda de voluntarios para que participen en el estudio. Este tipo de estudios es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a saber si un nuevo tratamiento funciona y es seguro.

No todos los estudios clínicos de investigación están abiertos para los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare necesita aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que no ha sido aprobado, *usted será responsable del pago de todos los costos por la participación en el estudio.*

Una vez que Medicare aprueba el estudio, una persona que trabaja en el estudio lo contactará para explicarle más sobre el estudio y para ver si cumple los requisitos establecidos por los científicos encargados del estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla los requisitos para hacerlo y entienda y acepte por completo lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, el Plan Original de Medicare pagará la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participe en un estudio clínico de investigación, puede seguir inscrito en el plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no se relaciona con el estudio) a través del plan.

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 clínico de investigación no necesitan ser parte de la red de proveedores del plan.

Aunque no necesita obtener nuestro permiso para participar en un estudio clínico de investigación, **necesita informarnos antes de empezar a participar en un estudio clínico de investigación.** Lo siguiente son las razones por las que necesita informarnos:

1. Podemos decirle si el estudio clínico de investigación está aprobado por Medicare.
2. Podemos decirle qué servicios recibirá de los proveedores del estudio clínico de investigación y no del plan.

Si planea participar en un estudio clínico de investigación, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

posterior de esta guía) para informarles su participación en el estudio clínico de investigación y para conocer los detalles específicos sobre lo que paga el plan.

Sección 5.2 ¿Quién paga qué cuando participa en un estudio clínico de investigación?

Una vez que inicie en el estudio clínico de investigación aprobado por Medicare, estarán cubiertos los artículos de rutina y los servicios que reciba como parte del estudio, incluso:

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

El Plan Original de Medicare pagará la mayor parte del costo por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, el plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio clínico de investigación.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, necesitará presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de los Avisos de Resumen de Medicare u otros documentos que demuestren qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar las solicitudes de pago.

Cuando participe en un estudio clínico de investigación, **ni Medicare ni el plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio si usted no participa en el estudio.
- Los artículos o servicios que reciba usted o cualquier participante gratuitamente por el estudio.
- Los artículos o servicios prestados solamente para recabar datos y que no se usan para su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solamente una.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio clínico de investigación leyendo la publicación “Medicare y Estudios Clínicos de Investigación” en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6: Normas para recibir atención médica cubierta en una “institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos”

Sección 6.1 ¿Qué es 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 para una enfermedad que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención médica en un hospital o un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del miembro, 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 se proporciona solamente para los servicios de la Parte A para pacientes internados (servicios de atención que no es de naturaleza médica). Medicare pagará solamente los servicios de atención que no es de naturaleza médica proporcionados por instituciones religiosas para el cuidado de la salud que no brindan servicios médicos.

Sección 6.2 ¿Qué atención médica de una institución religiosa para el cuidado de la salud que no brinda servicios médicos cubre el plan?

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 conscientemente 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 requerido por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico “con excepción” es la atención médica o el tratamiento que recibe que no es voluntario o es requerido bajo la ley federal, estatal o local.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

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

- La instalación que proporciona la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de los servicios del plan que reciba está limitada a los aspectos de atención que no sean religiosos.
- Si recibe los servicios de esta institución que son brindados en una instalación, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una enfermedad médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para la atención médica hospitalaria para pacientes internados o del centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la autorización del plan antes de ingresar a la instalación o su estancia no estará cubierta.

Nuestro plan cubre 90 días de estadía hospitalaria como paciente internado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que nosotros cubrimos. Si su estadía hospitalaria es mayor de 90 días, puede usar esos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado esos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado estará limitada a 90 días. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7: Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar cierto número de pagos de acuerdo con nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye suministros, tales como equipo de oxígeno e insumos, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar. Algunos suministros, como las prótesis, siempre pertenecen al miembro. En esta sección, veremos otros tipos de equipo médico duradero que debe ser alquilado.

En el Plan Original de Medicare, las personas que alquilan determinado tipo de equipo médico duradero son dueños del equipo después de pagar los copagos del suministro durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de OneCare, no será dueño de los suministros del equipo médico duradero alquilado, independientemente de la cantidad de copagos que realice por dicho suministro mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del artículo del equipo

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 3. ¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?

médico duradero a usted. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la cubierta posterior de esta guía) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que ha hecho por el equipo médico duradero si se cambia al Plan Original de Medicare?

Si se cambia al Plan Original de Medicare y no adquirió posesión del equipo médico duradero mientras estuvo en el plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poder adquirir posesión del suministro en el Plan Original de Medicare. Los pagos hechos mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos para el suministro del equipo médico duradero bajo el Plan Original de Medicare antes de afiliarse a nuestro plan, los pagos del Plan Original de Medicare que realizó tampoco cuentan hacia los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el suministro después de inscribirse nuevamente al Plan Original de Medicare para ser dueño del suministro. No existen excepciones para esta situación cuando se inscribe nuevamente al Plan Original de Medicare.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1: Información sobre los costos personales por los servicios cubiertos. . .	65
Sección 1.1 Tipos de costos personales que puede pagar por los servicios cubiertos.	65
Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	65
SECCIÓN 2: Utilice la Tabla de beneficios para averiguar lo que está cubierto para usted	66
Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan	66
SECCIÓN 3: ¿Qué servicios no cubre el plan o Medi-Cal (Medicaid)?	110
Sección 3.1 Servicios que no cubre el plan (exclusiones de Medicare) o Medi-Cal (Medicaid).	110

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1: Información sobre los costos personales por los servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en los servicios cubiertos y lo que usted debe pagar por dichos servicios. Incluye una Tabla de beneficios que menciona los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de OneCare. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos personales que puede pagar por los servicios cubiertos

Debido a que recibe ayuda de Medi-Cal (Medicaid), no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas del plan para obtener atención. (Consulte el Capítulo 3 para más información sobre las normas del plan para obtener atención médica).

Para entender la información sobre los pagos que se encuentra en este capítulo, necesita saber acerca de los tipos de costos personales que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un “**copago**” es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Realiza un copago en el momento en el que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios en la Sección 2 menciona más información sobre los copagos).

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Aviso: Debido a que los miembros también reciben ayuda de Medi-Cal (Medicaid), muy pocos alcanzan esta cantidad máxima de costos personales. Usted no es responsable de pagar cualquier costo hacia la cantidad máxima de costos personales para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Ya que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad de costos personales que debe pagar cada año por los servicios médicos que están cubiertos bajo el plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite es conocido como la cantidad máxima de costos personales por los servicios médicos.

Como miembro de OneCare, lo máximo que tendrá que pagar de costos personales por los servicios de la Parte A y de la Parte B en el 2019 es \$6,700. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos cuentan para la cantidad máxima de costos personales. (Las cantidades que paga por la prima del plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan hacia la cantidad máxima de costos personales). Si

alcanza la cantidad máxima de costos personales de \$6,700, no tendrá que pagar ningún costo personal en el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, tendrá que continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B le sea pagada por Medi-Cal (Medicaid) u otro tercero).

SECCIÓN 2: Utilice la Tabla de beneficios para averiguar lo que está cubierto para usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios que se encuentra en las siguientes páginas muestra los servicios que cubre OneCare. Los servicios mencionados en la Tabla de beneficios solamente son cubiertos cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medi-Cal (Medicaid) deben proporcionarse de acuerdo con las normas de cobertura establecidas por el programa Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
- Los servicios (incluso la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) deben ser necesarios por motivos médicos. “Necesario por motivos médicos” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Obtiene la atención médica de un proveedor participante. En la mayoría de los casos, no será cubierta la atención médica que reciba de un proveedor no participante. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar a los proveedores participantes de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor no participante.
- Tiene un médico general que proporciona y supervisa su atención médica. En la mayoría de las situaciones, su médico general debe dar una autorización previa antes de poder ver a otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama darle una “referencia”. El Capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios que se mencionan en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”). **Los servicios cubiertos que requieren la aprobación previa se identifican con un asterisco en la Tabla de beneficios.**

Otra información importante que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Tiene cobertura de ambos Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Medicare cubre los servicios de atención médica y medicamentos con receta. Medi-Cal (Medicaid)

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

ubre el costo compartido por los servicios de Medicare. Medi-Cal (Medicaid) también cubre los servicios que no cubre Medicare, tales como cuidado a largo plazo, servicios comunitarios y del hogar, u otros servicios exclusivos de Medi-Cal (Medicaid).

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Plan Original de Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte la guía Medicare y Usted 2019. Revíselo en línea en la página <https://www.medicare.gov> o solicite una copia 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 pueden llamar al 1-877-486-2048).
- También cubrimos sin un costo para usted todos los servicios de prevención que están cubiertos sin costo bajo el Plan Original de Medicare.
- En ocasiones, Medicare agrega nuevos servicios cubiertos bajo el Plan Original de Medicare durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante el 2019, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si está dentro del periodo de 6 meses en el que se considera la elegibilidad continuada en nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios cubiertos correspondientes de Medicare del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) que están incluidos en el Plan Estatal de Medi-Cal (Medicaid), ni tampoco pagaremos las primas de Medicare ni el costo compartido del cual el estado es responsable. Las cantidades de costo compartido para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Usted no paga nada por los servicios mencionados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.



Verá esta manzana junto a los servicios de prevención en la Tabla de beneficios.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Tabla de beneficios

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección para las personas con riesgo. El plan solamente cubre esta prueba de detección si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, el asistente del médico, la enfermera especializada o la enfermera especialista en medicina clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura Los servicios de acupuntura cubiertos incluyen la atención de rutina necesaria. Debe utilizar los proveedores contratados del plan.	\$0 copago por cada consulta hasta un máximo de 24 consultas por año.
Servicios de ambulancia* - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen el transporte al ala fija, al ala rotativa y los servicios de ambulancia terrestre hasta el centro más cercano y apropiado que puede proporcionar la atención médica solamente si se prestan a un miembro cuya enfermedad médica es tal que el transporte por otro medio 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 la condición del miembro es tal que el transporte por otros medios podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario por motivos médicos. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de ambulancia cubiertos por OneCare.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta anual de salud y bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actual. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. Aviso: No puede realizar la primera consulta de bienestar dentro de los primeros 12 meses de su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya acudido a su consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura de las consultas anuales de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de salud y bienestar.
 Densitometría ósea Para los individuos que califiquen (generalmente, quiere decir personas con riesgo de perder densidad ósea o que tienen riesgo de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es necesario por motivos médicos: procedimientos para identificar la densidad de la masa ósea, detectar la pérdida de la densidad ósea o determinar la calidad de los huesos, incluso una interpretación de los resultados por parte del médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la densitometría ósea cubierta por Medicare.
 Examen para la detección del cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • una primera mamografía entre los 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años • exámenes clínicos de los senos cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca* Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoría están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con la referencia de un médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que normalmente son más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta al año con su médico general para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, el médico podría hablar sobre el uso de la aspirina (en caso de ser pertinente), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse que está comiendo saludablemente.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prevención para las enfermedades cardiovasculares con terapia conductual intensiva.
 Prueba de detección de enfermedad cardiovascular Las pruebas sanguíneas para la detección de una enfermedad cardiovascular (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • si presenta alto riesgo de desarrollar cáncer cervical o vaginal, o está en edad fértil y ha tenido un resultado anormal de la prueba del Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos pélvicos y de Papanicolaou cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos* Los servicios cubiertos incluyen: • la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba para la detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes exámenes: • sigmoidoscopia flexible (o examen de enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • prueba de sangre oculta en heces con guayacol • prueba inmunoquímica fecal ADN basado en detección colorrectal, cada 3 años para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • colonoscopia de control (o examen de enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.
 Examen de detección de la depresión Cubrimos un examen para detectar la depresión al año. El examen se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible por una consulta anual para un examen de detección de la depresión.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de la diabetes Cubrimos este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si padece de cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). También se pueden cubrir los exámenes si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Con base en los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Capacitación para el autocuidado de la diabetes, servicios y suministros para el tratamiento de la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios o no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para supervisar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida por año (incluidas plantillas para dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocuidado de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	\$0 copago por suministros de vigilancia de diabetes cubiertos por Medicare, capacitación para el autocuidado y zapatos o plantillas terapéuticos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero y suministros relacionados* (Para una de iniciación de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de esta guía). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andaderas. Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario por motivos médicos que cubre el Plan Original de Medicare. Si el proveedor en el área no tiene una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que lo pida especialmente para usted. En general, OneCare cubre cualquier equipo médico duradero cubierto por el Plan Original de Medicare de las marcas y los fabricantes que aparecen en esta lista. No cubrimos otras marcas o fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es miembro nuevo de OneCare y usa una marca de equipo médico duradero que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca hasta por 90 días. Durante este tiempo usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es la apropiada para sus necesidades médicas después del plazo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión).	En la red \$0 copago por el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero y suministros relacionados* (continuación) Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su estado de salud. (Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el <i>Capítulo 9, ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>). *Este servicio puede requerir una autorización previa.	En la red \$0 copago por el equipo médico duradero y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona no experta, pero con conocimiento promedio de salud y medicina consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que el de los servicios que se brindan en 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 la documentación de apoyo a CalOptima, valoraremos la necesidad y conveniencia médica antes de emitir un reembolso.	\$0 copago por las consultas en una sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita ser hospitalizado para recibir atención después de que se estabilice su estado de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta O debe obtener autorización del plan para la atención que recibe del hospital fuera de la red y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Paga personalmente por los servicios de emergencia o atención urgente que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta \$25,000 por año.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Programas de educación para la salud y el bienestar • clases de educación sobre la salud • orientación para dejar el consumo del tabaco (orientación para personas que no tienen síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco) • presión arterial alta • orientación nutricional • 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 con una afiliación común que incluyen 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 copago por los servicios cubiertos por Medicare \$0 copago por la afiliación a un centro de acondicionamiento o clases de ejercicio

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para la audición* Las evaluaciones de diagnóstico auditivo y de equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. CalOptima cubre hasta \$500 en gastos por audífonos auriculares por año natural, sobre el límite de \$1,510 cubiertos por Medi-Cal. El monto de \$500 puede usarse para uno o dos oídos, pero solo se puede usar este beneficio una sola vez durante el año natural. Usted es responsable por el monto que sobrepasa este límite. *Este servicio puede requerir una referencia de su médico.	\$0 copago por los servicios cubiertos por Medicare. Audífonos auriculares El plan paga hasta \$500 sobre el límite de Medi-Cal cada año.
 Pruebas de detección del VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que están en alto riesgo de infección por VIH, cubrimos: • una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas, cubrimos: • hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No hay coseguro, copago ni deducible para beneficiarios elegibles para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Agencia de atención médica domiciliaria* Antes de recibir los servicios médicos a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita los servicios domiciliarios y prescribirá que una agencia de cuidado médico a domicilio proporcione esos servicios. Para ello, usted debe estar confinado a su casa, lo que significa que le cuesta mucho trabajo salir de casa. Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • servicios de enfermería especializada y de un asistente médico domiciliario a tiempo parcial o intermitente (para contar con cobertura conforme al beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de asistencia médica domiciliaria combinados, no deben superar un total de 8 horas al día y 35 horas por semana). • terapia física, ocupacional y del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por atención de una agencia de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal y hayan certificado que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede o no ser un proveedor de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención domiciliaria <u>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su diagnóstico terminal:</u> El Plan Original de Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios que paga el Plan Original de Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> si requiere servicios que no sean de emergencia o urgentes cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal, el costo por estos servicios depende de si acude a un proveedor de la red de nuestro plan: • si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solamente pagará la cantidad de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.	Quando se inscribe en el programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, el Plan Original de Medicare, no OneCare pagará sus servicios de cuidados paliativos y los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos (continuación) • si recibe los servicios cubiertos de un proveedor no perteneciente a la red, usted pagará el costo compartido según la Tarifa por Servicio de Medicare (Plan Original de Medicare). <u>Para los servicios cubiertos por OneCare, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> OneCare continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, sin importar si están o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad de costo compartido del plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué pasa si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>). Aviso: Si necesita cuidados no paliativos (atención no relacionada con su diagnóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar estos servicios. OneCare cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Vacunas (inmunizaciones) Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: ● vacuna contra la neumonía ● vacunas contra la gripe, una vez al año en otoño o invierno, y vacunas contra la gripe adicionales al ser necesario por motivos médicos ● vacuna contra la hepatitis B si está en riesgo alto o medio de contagio ● otras vacunas si usted está en riesgo y cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas contempladas en el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* Incluye servicios hospitalarios de atención aguda, de rehabilitación y de largo plazo, y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención para pacientes internados comienza el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital, con una orden médica. El día anterior a su alta es el último día de paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesaria por motivos médicos) • comidas, incluidas dietas especiales • servicios regulares de enfermería • costos por unidades de cuidados especiales (como cuidado intensivo o unidades de cuidados coronarios) • medicamentos y fármacos • análisis de laboratorio • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • uso de aparatos, como silla de ruedas • costos de quirófano y sala de recuperación • terapia física, ocupacional, y del habla y lenguaje • servicios para abuso de sustancias para pacientes internados • Bajo ciertas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinos o vísceras.	En la red \$0 copago por la atención para pacientes internados cubierta por Medicare en un hospital de la red. Puede aplicar las reglas de autorización previa y/o referencia Si obtiene la autorización para atención a pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su estado de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) • Si necesita un trasplante, su caso será revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare y el centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden estar dentro o fuera del área de servicio. • Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar alejado, puede escoger un centro local o lejano, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes acepten la tarifa del Plan Original de Medicare. Si OneCare proporciona servicios de trasplante en un sitio lejano (fuera del área de servicio) y usted elige realizar el trasplante en este sitio, nosotros organizaremos o pagaremos los gastos de transporte y alojamiento apropiados para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solamente comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted requiera. Usted puede pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año civil, o donar la sangre o pedir a alguien que la done. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se use. • servicios médicos Aviso: Para ser hospitalizado, su proveedor debe escribir una orden de admisión formal como paciente internado del hospital. Incluso si permanece una noche en el hospital, se le puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación) También puede obtener más información en la ficha informativa de Medicare “¿Es usted paciente internado o ambulatorio del hospital? Si cuenta con Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha informativa está disponible en: https://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos de manera gratuita, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado de la salud mental para pacientes internados* - Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren estancia hospitalaria. - Hay un límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. El uso previo de Medicare está incluido en el máximo de por vida (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o el Plan Original de Medicare). 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. *Este servicio puede requerir una autorización previa.	En la red Un periodo de beneficio comienza con el primer día de la estadía hospitalaria como paciente internado cubierta por Medicare y termina con el fin de un periodo de 60 días consecutivos, durante los cuales usted ya no es un paciente internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Usted está cubierto durante 150 días en cada periodo de beneficio, hasta el límite de por vida de 190 días. Para cada estadía en un hospital de la red cubierto por Medicare, usted paga: \$0 copago por los servicios de cuidado de la salud mental cubiertos por Medicare para pacientes internados. El 100% del costo de la estadía hospitalaria a partir del día 151 en adelante, a menos que comience un nuevo periodo de beneficios.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios cubiertos como paciente internado durante una estadía no cubierta* Si ya agotó sus beneficios de hospitalización o si la estancia hospitalaria no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia hospitalaria. Sin embargo, en algunos casos cubriremos algunos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • servicios médicos • pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • vendajes quirúrgicos • tablillas, moldes de yeso y otros aparatos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • dispositivos prostéticos y de ortopedia (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o la función de un órgano interno que ya no funciona o que está fallando, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • soportes para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; bragueros y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente • terapia física, ocupacional y del habla *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare durante una estadía hospitalaria no cubierta.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, o enfermedades renales sin diálisis. También para después de un trasplante de riñón cuando su médico lo ordene. Pagaremos 3 horas de servicios de asesoramiento 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 Plan Original de Medicare). Pagaremos 2 horas de servicios de asesoramiento 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 orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año civil.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que son elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Cubrimos los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) para los beneficiarios de Medicare elegibles. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica para un cambio alimentario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos relacionados con un estilo de vida saludable y mantener la pérdida de peso.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B del Plan Original de Medicare. Los afiliados a nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que son inyectados o administrados por infusión cuando recibe servicios en el consultorio del médico, en un hospital como paciente ambulatorio o en un centro de cirugía ambulatoria • los medicamentos que toma 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 de Medicare en el momento de hacer el trasplante de órgano • medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de casa, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • antígenos • algunos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas	\$0 copago por medicamentos cubiertos de la Parte B.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* (continuación) • ciertos medicamentos para la diálisis en casa, incluidos la heparina, el antídoto para heparina cuando sea necesario por motivos médicos, anestésicos tópicos y agentes para estimular la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de inmunodeficiencia El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos sean cubiertos. El Capítulo 6 describe lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D de nuestro plan. *Este servicio puede requerir una autorización previa.	
 Evaluación y terapia para la obesidad para promover la pérdida prolongada de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarle a perder peso. Esta orientación está cubierta si se realiza en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan integral de prevención. Para más información, hable con su médico general de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos, y suministros para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • radiografías • radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • suministros quirúrgicos, como vendajes. • tablillas, moldes de yeso y otros aparatos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • análisis de laboratorio • Sangre, incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solamente comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted requiera. Usted puede pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año civil, o donar la sangre o pedirle a alguien que la done. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se use. • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Cubrimos los servicios necesarios por motivos médicos que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • servicios en el departamento 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 • cuidados de la 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 tablillas o moldes de yeso • ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse Aviso: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y pagará las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece una noche en el hospital, se le puede considerar “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	\$0 copago por los servicios hospitalarios para paciente ambulatorio cubiertos por Medicare.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación) También puede obtener más información en la ficha informativa de Medicare “¿Es usted paciente internado o ambulatorio del hospital? Si cuenta con Medicare, ¡pregunte!” Esta ficha informativa está disponible en: https://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos teléfonos de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para el cuidado de la salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especializada, una enfermera con práctica médica, un auxiliar médico u otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare, según lo permiten las leyes estatales aplicables. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional, y del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diferentes establecimientos para pacientes ambulatorios, como hospitales para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y establecimientos de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare
Servicios para abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen terapia de grupo o consultas de terapia individual *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios para abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios* Aviso: si va a someterse a cirugía en una instalación hospitalaria debe hablar con su proveedor para saber si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y pagará las cantidades de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece una noche en el hospital, se le puede considerar "paciente ambulatorio". *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial* La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda en un establecimiento hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente. Aviso: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente en un establecimiento hospitalario para pacientes ambulatorios. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de un médico o un profesional de la medicina, incluidas las consultas en el consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen: • servicios de atención médica o quirúrgicos necesarios por motivos médicos prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o en cualquier otro sitio • consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • exámenes auditivos y del equilibrio básicos realizados por su médico general, si su médico los solicita para verificar si necesita tratamiento médico • una segunda opinión antes de la cirugía • atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula a tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los brinda un médico) *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios médicos cubiertos por Medicare
Servicios de podología* Los servicios cubiertos incluyen: • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • cuidado de rutina para los pies, para afiliados con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Cuidado de rutina para los pies (hasta 12 consultas al año)

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen para la detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • tacto rectal • análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por el estudio anual del PSA.
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados* Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Esto incluye, pero no se limita a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos prostéticos y la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos. También incluye cierta cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado de la visión” en esta sección para ver más detalles. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los dispositivos prostéticos y suministros médicos relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar* Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y que cuentan con una referencia para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Detección y orientación para reducir el abuso de consumo del alcohol Cubrimos una evaluación del abuso en el consumo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso pero que no son dependientes del alcohol. Si se determina que consume alcohol en exceso, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación en persona al año (si es competente y está alerta durante la sesión), proporcionadas por un médico de atención primaria o médico general calificado, en un centro de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.
 Examen de detección de cáncer pulmonar con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Cubierto cada 12 meses para las personas que cumplan con los requisitos para la LDCT. Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos o síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen un historial de al menos 30 años de fumar una cajetilla de tabaco o que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para la LDCT durante una sesión de asesoría de detección de cáncer pulmonar y una visita de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que haya sido proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.	No hay coseguro, copago ni deducible para la asesoría y la cita de toma de decisiones compartida de Medicare ni para la LDCT.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer pulmonar con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación) <i>Para las pruebas de LDCT de cáncer pulmonar después de la prueba de LDCT inicial: el miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de LDCT para detectar cáncer pulmonar, la cual puede expedirse durante cualquier visita adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide proporcionar asesoría de detección de cáncer pulmonar y una visita de toma de decisiones compartida para pruebas de detección subsiguientes de cáncer pulmonar con LDCT, la cita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</i>	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Evaluación para la detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenir las STI Cubrimos evaluaciones para la detección de infecciones de transmisión sexual (STI) clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones cubren a mujeres embarazadas y a ciertas personas con alto riesgo de contraer una STI, cuando las ordena un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos cada año hasta 2 sesiones intensivas personales de entre 20 y 30 minutos de orientación sobre el comportamiento para adultos con actividad sexual de alto riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación para la detección de STI y las sesiones de orientación para prevenir STI cubiertas por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales* Los servicios cubiertos incluyen: • servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a que tomen decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros que padecen una enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida • tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando están temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3) • tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten como paciente internado en un hospital para brindarle atención especial) • capacitación para hacerse la diálisis uno mismo (incluye capacitación para usted y alguien que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • equipo y suministro para diálisis en casa • algunos servicios de apoyo a domicilio (como, cuando es necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en casa, ayudar en caso de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua) • Algunos medicamentos para la diálisis están cubiertos en los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información sobre su cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	En la red \$0 copago para los servicios cubiertos por Medicare para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales. \$0 copago por medicamentos cubiertos en la Parte B.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Para ver una definición de “cuidado en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de esta guía. En ocasiones a los centros de enfermería especializada se les llama “SNF”). Los servicios cubiertos incluyen, entre ellos: • habitación semiprivada (o habitación privada si es necesaria por motivos médicos). • comidas, incluidas dietas especiales. • servicios de enfermería especializada. • terapia física, ocupacional y del habla. • medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidos almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrada de glóbulos rojos solo comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted requiera. Usted puede pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año civil, o donar la sangre o pedirle a alguien que la done. Todos los otros componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se use. • suministros médicos y quirúrgicos que normalmente suministra un SNF. • análisis de laboratorio que normalmente suministra un SNF. • radiografías y otros servicios de radiología que normalmente suministra un SNF. • uso de aparatos, como silla de ruedas, normalmente suministrados en un SNF.	En la red \$0 copago por atención en centros de enfermería especializada de Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)* (continuación) - servicios de un médico o un profesional de la medicina Por lo general, obtendrá su atención de SNF en instalaciones de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias señaladas a continuación, podrá obtener atención en un establecimiento que no es proveedor de la red si el establecimiento acepta como pago las cantidades establecidas en el plan. - Un hogar para personas mayores o una comunidad de retiro de atención continua en donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención de centro de enfermería especializada). - Un SNF en donde su cónyuge viva en el momento en que usted salga del hospital. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Abandono del tabaquismo (asesoría para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoría para dejar de fumar en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo, sin costo para usted. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicina que pueda verse afectada por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de asesoría para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoría para dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento para dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)* La SET es cubierta 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. Se cubren hasta 36 sesiones en el transcurso de 12 semanas al cumplir los siguientes requisitos del programa SET. 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 claudicación • llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico	No hay coseguro, copago ni deducible.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)* (continuación) • 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 Se pueden cubrir hasta 36 sesiones adicionales por un plazo prolongado sobre el límite de 36 sesiones en el transcurso de 12 semanas si un médico considera que es necesario por motivos médicos. *Este servicio puede requerir la autorización previa y/o la referencia de su médico.	

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Transporte (de rutina)* El beneficio de transporte de rutina de CalOptima es un beneficio complementario y no es cubierto por el Plan Original de Medicare. El objetivo principal es ofrecer transporte no urgente de rutina a servicios médicos necesarios. Los servicios cubiertos son viajes ilimitados cada año natural a citas médicas y farmacéuticas dentro de un radio de 10 millas del área de servicio de OneCare en el Condado de Orange. Los viajes a destinos no médicos no son cubiertos, con la excepción de viajes a un centro de acondicionamiento. CalOptima cubre el transporte de ida y vuelta a estos centros ya que la afiliación a un centro de acondicionamiento es un beneficio complementario de este plan. Se aplican las normas de programación previa. Programe su transporte al menos un día hábil antes, llamando al 1-877-412-2734. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al 1-800-735-2929. *Este servicio puede requerir una referencia de su médico.	En la red \$0 copago por viajes ilimitados

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de cuidado urgente necesarios Los servicios de cuidado urgente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de cuidado urgente pueden ser proporcionados por proveedores participantes de la red, o proveedores no participantes cuando los proveedores participantes de la red no están disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente. El costo compartido por los servicios de cuidado urgente necesarios que se brindan fuera de la red es el mismo que el de los servicios que se brindan en 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 copago por los servicios de cuidado urgente. Paga personalmente por los servicios de emergencia o atención urgente que recibe fuera de los EE. UU. y le reembolsaremos hasta \$25,000 por año.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. El Plan Original de Medicare no cubre los exámenes habituales de los ojos (refracciones del ojo) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de glaucoma, como la gente con antecedentes familiares de glaucoma, con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años: detección de glaucoma una vez al año • Para las personas que padecen diabetes, la detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año. • Un par de anteojos o de lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones independientes de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	En la red \$0 copago por el examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la detección anual de glaucoma). \$0 copago por exámenes habituales de los ojos (hasta 1 cada año). El plan paga hasta \$250 cada dos años por anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto. \$0 copago por anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos para usted	Cuánto debe pagar cuando recibe estos servicios
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas algunas evaluaciones de detección y vacunas), y referencias para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solamente dentro de los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3: ¿Qué servicios no cubre el plan Medi-Cal (Medicaid)?

Sección 3.1: Servicios que no cubre el plan (exclusiones de Medicare) o Medi-Cal (Medicaid)

Esta sección le dice qué servicios están “excluidos” por Medicare. Excluido significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan de Medi-Cal (Medicaid) en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solamente en condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que aparecen en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas señaladas. La única excepción: pagaremos si después de una apelación se determina que un servicio de la siguiente tabla es un servicio médico que debíamos haber pagado o cubierto debido a una situación específica. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de esta guía).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios están descritas en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, según los estándares del Plan Original de Medicare	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y el Plan Original de Medicare determinan que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ El Plan Original de Medicare o nuestro plan pueden cubrirlos a través de un estudio de investigación clínica aprobada por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección 5).
Habitación privada en un hospital		✓ Cubierto solamente si es necesario por motivos médicos.
Artículos personales, como teléfono o televisión, en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
*La atención asistencial es atención que se proporciona en un hogar para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otro establecimiento cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializadas.	✓	
Los servicios del hogar incluyen asistencia doméstica básica, incluida la limpieza general y la preparación de alimentos sencillos.	✓	
Tarifas que se cobran por atención de sus parientes directos o miembros de su casa	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		✓ • Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de algún órgano con malformación. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de seno después de una mastectomía, así como del seno no afectado para lograr un aspecto simétrico.
Cuidado dental de rutina, como limpieza, empastes o dentaduras	✓	Ciertos servicios dentales están cubiertos por Denti-Cal.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Atención dental que no sea de rutina		✓ La atención dental que se necesita para tratar una enfermedad o lesión se puede cubrir como atención para paciente internado o ambulatorio.
Atención quiropráctica de rutina		✓ La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación está cubierta.
Cuidado de rutina para los pies		✓ Cobertura limitada proporcionada según los reglamentos de Medicare, por ejemplo, si padece diabetes.
Comidas entregadas en su casa	✓	
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado forma parte de un soporte para pierna y se incluye en el costo del soporte, o el calzado son para alguien con pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos	✓	Los servicios están cubiertos por Medi-Cal. El plan también cubre hasta \$500 por audífonos auriculares.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, operación LASIK y otros productos oculares para la vista deficiente		✓ El examen de ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de esterilización o suministro de anticonceptivos sin receta	✓	
Servicios de naturopatía (que utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	

* La ayuda doméstica es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 1: Introducción	118
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	118
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	119
SECCIÓN 2: Surta sus recetas en una farmacia de la red	120
Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	120
Sección 2.2 Localice las farmacias de la red	120
Sección 2.3 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	121
Sección 2.4 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?	122
SECCIÓN 3: Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	123
Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	123
Sección 3.2 Existen dos “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos	124
Sección 3.3 ¿Cómo se puede saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?	124
SECCIÓN 4: Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	125
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	125
Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?	125
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	126
SECCIÓN 5: ¿Qué pasa si alguno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma que usted quisiera?	127

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 5.1 Existen opciones si su medicamento no está cubierto de la forma en que quisiera.....	127
Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?.....	127
SECCIÓN 6: ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	130
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar a lo largo del año.	130
Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	130
SECCIÓN 7: ¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?	133
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.	133
SECCIÓN 8: Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta	134
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía	134
Sección 8.2 ¿Qué pasa si no lleva su tarjeta de membresía?	134
SECCIÓN 9: Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	135
Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan?.....	135
Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	135
Sección 9.3 ¿Qué pasa si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	136
SECCIÓN 10: Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos.....	136
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	136
Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura.....	137
Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos.....	138

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?



¿Cómo puede obtener información sobre sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal (Medicaid), cumple con los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar el costo de su plan para medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos por los medicamentos con receta de la Parte D no aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajo ingreso” o “Cláusula LIS”), el cual le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D
--

Este capítulo explica las reglas para utilizar su cobertura para medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le dice lo que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, OneCare también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. Por medio de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan por lo general cubre medicamentos que se le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Por medio de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones que se le dan durante su consulta y medicamentos que se le dan en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*) habla sobre los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como sus beneficios y costos por medicamentos de la Parte B.

El Plan Original de Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solamente cubre los servicios y los medicamentos de las Partes A, B y D que no están relacionados con su diagnóstico terminal y con afecciones relacionadas, y que, por tanto, no están cubiertos por el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué pasa si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre cobertura de centros de cuidados paliativos, consulte la sección de centros de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Las siguientes secciones hablan sobre la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas del beneficio de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y el Plan Original de Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos conforme a sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Para saber sobre su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan por lo general cubre sus medicamentos, siempre y cuando respete las siguientes reglas:

- La receta debe ser emitida por un proveedor (médico, dentista u otro).
- Su proveedor debe aceptar Medicare o presentar los documentos ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que muestren que está calificado para recetar; de lo contrario se le negará el reclamo de la Parte D. La próxima vez que llame o vaya a consulta, pregunte a sus proveedores si cumplen con esta condición. Si no, tenga en cuenta que toma tiempo para que su proveedor presente los papeles necesarios para que se procesen.
- Por lo general debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (para abreviar la llamamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 2: Surta sus recetas en una farmacia de la red

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solamente si las mismas se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Localice las farmacias de la red

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su zona?

Para ubicar una farmacia de la red, busque en su Directorio de Farmacias, visite nuestra página de Internet **www.caloptima.org/onecare** o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita surtir de nuevo un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle una nueva receta a un proveedor o que se la transfieran a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que normalmente utiliza se retira de la red?

Si la farmacia que normalmente utiliza se retira de la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su zona, puede pedir ayuda del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o utilice el Directorio de Farmacias. También puede encontrar información en nuestra página de Internet: **www.caloptima.org/onecare**.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Para obtener más información sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o visite **www.caloptima.org/onecare**.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar para personas mayores) cuenta con su propia farmacia. Si usted se encuentra en un LTC, debemos asegurar que sea capaz de recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, las cuales suelen ser las que utiliza el LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener más información sobre los servicios de farmacias de LTC, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o visite www.caloptima.org/onecare.
- Farmacias que prestan servicio al Programa de salud para indígenas tribales/urbanos del Servicio de salud para indígenas (no disponible en Puerto Rico). Excepto en situaciones de emergencia, solo los nativos de Norteamérica y Alaska tienen acceso a estas farmacias en la red del plan.
- Farmacias que distribuyen medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o información para su uso. (Aviso: Este debe ser un caso extraordinario).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 2.3 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Es posible que su costo compartido sea más bajo si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo. El plan ofrece una manera de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” de 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).

Algunas farmacias de venta al menudeo de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El Directorio de Farmacias le indica cuáles son las farmacias de la red 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 (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 2.4 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en algunos casos

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando no pueda usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, aquí encontrará los casos en que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- No logra obtener un medicamento con receta 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).
- Usted viaja fuera de la zona de servicio del plan (dentro de los Estados Unidos) y se queda sin medicamentos, pierde sus medicamentos, o se enferma no tiene acceso a una farmacia de la red.
- El medicamento con receta es por atención médica de emergencia o urgente cuando las farmacias de la red no están disponibles.

En estos casos, **consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cercana. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía). Tal vez se le pida pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan el reembolso).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 3: Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos*”. En esta Evidencia de Cobertura, **la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.**

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir los requisitos fijados por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (antes en este capítulo, la Sección 1.1 explica los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos conforme a sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). La Lista de medicamentos no incluye cómo saber su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid). Para saber sobre su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga el resto de las reglas de cobertura que se explican en este capítulo, y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Esto significa que la Administración de Alimentos y Medicamentos ya aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la que se receta).
- -- o -- Está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information; el sistema de información DRUGDEX; la información de distribución de la Farmacopea de los Estados Unidos (USPDI) o su sucesor; y, para cáncer, la National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente funciona exactamente igual que el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

¿Qué no está en la Lista de medicamentos?

La Lista de medicamentos no incluye su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid). Para saber sobre su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información acerca de esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 3.2 Existen dos “niveles de costo compartido” para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos están en uno de los dos niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo del medicamento:

- El nivel 1 incluye los medicamentos genéricos. Este es el nivel de costo compartido con el copago más bajo.
- El nivel 2 incluye los medicamentos de marca. Este es el nivel de costo compartido con el copago más alto.

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

La cantidad que paga por medicamentos de cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?*).

Sección 3.3 ¿Cómo se puede saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos?

Tiene tres formas de saberlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite la página de Internet del plan **www.caloptima.org/onecare**. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

SECCIÓN 4: Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos con receta existen reglas especiales que limitan la manera y el momento en que el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos hicieron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de la forma más eficaz. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos de medicamentos en general, lo cual ayuda a que la cobertura de medicamentos sea más costeable.

En general, nuestras reglas promueven que usted obtenga medicamentos que funcionen para su afección médica y que sean seguros y eficaces. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo funcione tan bien en el sentido médico como un medicamento más caro, las reglas del plan están diseñadas para invitarlos a usted y su proveedor a utilizar esa opción más barata. También necesitamos cumplir con las reglas y los reglamentos de Medicare respecto a la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si existe alguna restricción para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si quiere que no apliquemos la restricción para usted, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos hacer una excepción. Nosotros podemos o no aceptar su solicitud de no aplicar la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener más información sobre solicitud de excepciones).

Tome en cuenta que algunas veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos con base en factores como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; una al día o dos al día; tableta o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos en las formas más eficaces. Las siguientes secciones le informan más sobre los tipos de restricciones que tenemos para ciertos medicamentos.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Restricción de medicamentos de marca cuando existe una versión genérica

Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le darán la versión genérica. Normalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica.** Sin embargo, si su proveedor nos da una justificación médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección le funcionarán a usted, cubriremos el medicamento de marca. (Su costo compartido puede ser mayor por el medicamento de marca que por el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. A esto se le llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener una aprobación por anticipado ayuda a guiar el uso apropiado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir el medicamento.

Primero hay que probar un medicamento diferente

Este requisito lo invita a probar medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar la misma afección, es posible que el plan le solicite que pruebe antes el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar antes un medicamento distinto se llama “**terapia por etapas**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener limitando qué tanto medicamento puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solamente una pastilla al día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas arriba. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a algún medicamento que toma o desea tomar, revise la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o visite nuestra página de Internet www.caloptima.org/onecare.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Si existe alguna restricción para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si hay alguna restricción sobre el medicamento que quiere tomar, le sugerimos que llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué necesitarían usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si quiere que no apliquemos la restricción para usted, tendrá que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos hacer una excepción. Nosotros podemos o no aceptar su solicitud de no aplicar la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener más información sobre solicitud de excepciones).

SECCIÓN 5: ¿Qué pasa si alguno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma que usted quisiera?

Sección 5.1 Existen opciones si su medicamento no está cubierto de la forma en que quisiera

Esperamos que la cobertura de su medicamento le funcione bien. Pero es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando o que su proveedor considere que debe tomar y que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos cubiertos o lo está, pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría simplemente no tener cobertura. O tal vez está cubierta la versión genérica del medicamento, pero el medicamento de marca que usted quiere tomar no está cubierto.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la Sección 4, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, tal vez se le solicite probar primero otro medicamento para ver si funciona, antes de que el medicamento que quiere sea cubierto. O tal vez haya límites sobre qué cantidad de medicamento (número de pastillas y demás) está cubierta durante determinado periodo. En algunos casos, podría querer que no apliquemos la restricción.

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

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué hacer.

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- Puede conseguir un suministro temporal del medicamento (solamente los miembros que se encuentran en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que el medicamento esté cubierto.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Tal vez pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecer un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir estos dos requisitos:

1. El cambio a la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 4 de este capítulo le informa acerca de las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los miembros nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si eran nuevos, y durante los primeros 90 días del año si estaban en el plan el año pasado.** 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 de medicamento. Se debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que, si vive en un centro de atención a largo plazo, la farmacia puede proporcionar el medicamento en cantidades menores cada vez para evitar desperdicios).

- **Para los miembros que han estado en el plan más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo (LTC) y requieren un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días o menos de un medicamento en particular si su receta es para menos días. Esto es aparte del suministro temporal ya mencionado.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- **Para los miembros que cambien de tratamiento (esto se llama cambio de nivel de atención):**

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 de medicamento. Se debe surtir la receta en una farmacia de la red.

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

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

En el tiempo en que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones le dan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento distinto cubierto por nuestro plan que puede funcionarle igual de bien. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera servirle. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedir que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted o su proveedor quieren solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se le dice qué hacer. Ahí se explican los procedimientos y los plazos fijados por Medicare para asegurar que su solicitud se atienda a tiempo y con justicia.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 6: ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar a lo largo del año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al principio del año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Surgen medicamentos nuevos, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno acaba de aprobar un uso nuevo de un medicamento existente. A veces se retira del mercado un medicamento y decidimos ya no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubrió que no es eficaz.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con uno genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de hacer cambios a la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios a la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos en nuestro sitio web la información relacionada con dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente durante cuadros fijos para incluir todos los cambios que se hayan producido desde la última actualización. A continuación, indicaremos las ocasiones en las que recibirá un aviso directo, en caso de que se produzcan cambios en un medicamento que esté tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

¿Le afectan de inmediato los cambios en la cobertura de sus medicamentos?

Los cambios que pueden afectarle este año: los cambios en la cobertura que le afectarán durante el año en curso son los siguientes:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel del costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Es posible que eliminemos, de inmediato, un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, con las mismas restricciones o menos. Además, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero lo moveremos de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregaremos nuevas restricciones.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de realizar el cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o el proveedor recetante pueden solicitarnos que hagamos una excepción para que se siga cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*)
 - Si cuando realizamos el cambio usted está tomando el medicamento de marca, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. También incluiremos información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción a fin de obtener cobertura para su medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso hasta que realicemos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que retiramos del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que se retire del mercado algún medicamento, de manera repentina, debido a que se determinó que era inseguro o por algún otro motivo. En ese caso, eliminaremos de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - El proveedor que le recetó el medicamento también recibirá información sobre este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Una vez que empiece el año, es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos incorporar un medicamento genérico que no sea nuevo al mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel del costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos realizar cambios de acuerdo con los recuadros de advertencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o los nuevos lineamientos clínicos reconocidos por Medicare. Debemos informarle al menos 30 días antes o proporcionarle un suministro para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Durante este periodo de 30 días, usted deberá trabajar con el proveedor que le recetó el medicamento para cambiar el medicamento por otro que sea cubierto.
- Usted o el proveedor recetante puede solicitarnos que hagamos una excepción para que se siga cubriendo su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: Con relación a los cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente, si usted toma actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del próximo año, siempre y cuando usted siga en el plan:

- si movemos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto
- si imponemos una nueva restricción sobre el uso del medicamento
- si eliminamos el medicamento de la Lista de medicamentos

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (que no sea porque se retiró del mercado, porque un medicamento genérico reemplazó a un medicamento de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni su costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún aumento en los pagos que realice ni vea restricciones nuevas respecto al uso del medicamento. Este año, no recibirá avisos directos sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que revise la nueva Lista de medicamentos del año para saber si se produjeron cambios en los medicamentos.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 7: ¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le dice qué tipos de medicamentos con receta están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga esos medicamentos.

No pagamos los medicamentos que se encuentran en esta sección. Única excepción: si tras una apelación se encuentra que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D y debíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en específico. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión que tomamos de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de esta guía). Si también Medi-Cal (Medicaid) excluye el medicamento excluido por nuestro plan, usted debe pagarlo.

Estas son tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren conforme a la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan por lo general no puede cubrir usos no indicados. El “uso no indicado” es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura del “uso no indicado” se permite solamente si está 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. Si el uso no tiene el respaldo de alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado”.

Además, por ley, Medicare no cubre las categorías de medicamentos enumerados enseguida. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted conforme a su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid). Para saber cuáles de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted conforme a su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

- medicamentos sin receta (también llamados de venta libre)

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad
- medicamentos cuando se usan para el alivio de los síntomas de la tos o del resfriado
- medicamentos cuando se usan con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios, cuyas pruebas o servicios de vigilancia asociados el fabricante exige que se compren exclusivamente a él mismo como condición para su venta

SECCIÓN 8: Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que eligió. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan la parte que nos corresponde del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagar su parte del costo en la farmacia cuando recoja el medicamento.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no lleva su tarjeta de membresía?

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan al momento de surtir su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total de su medicamento cuando lo recoja.** (Después puede **solicitar el reembolso de la parte que nos corresponde.** Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 9: Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué pasa si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada en una estadía cubierta por el plan?

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando cumpla todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?*) le da más información sobre la cobertura de medicamentos y cuánto debe pagar.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC), como un hogar para personas mayores, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Revise su Directorio de Farmacias para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

¿Qué pasa si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y se vuelve un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total se realizará por un máximo de 98 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores a la vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento no incluido en la Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta indica menos días.

En el tiempo en que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tal vez haya un medicamento distinto cubierto por nuestro plan que puede funcionarle igual de

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

bien. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si usted o su proveedor quieren solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué pasa si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca son 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, laxante, contra el dolor o 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 recibir 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 recibir con retraso cualquier medicamento no relacionado que deba ser 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 su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del 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 su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que hablan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 6 (*¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?*) le da más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

SECCIÓN 10: Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros, para ayudar a garantizar que estén obteniendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- posibles errores de medicación

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

- medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando algún otro medicamento para tratar el mismo padecimiento
- medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daños si las toma al mismo tiempo
- recetas hechas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros 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 su médico 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 sus medicamentos opioides o con benzodiazepina en una sola farmacia
- requerir que obtenga todas las recetas de sus medicamentos opioides o con benzodiazepina de un solo médico
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que cubriremos para usted

Si decidimos aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará los términos de las limitaciones que deberían aplicarse a usted, según nuestra consideración. También 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 profesional que le recetó tienen derecho a solicitarnos una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 5. ¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o si recibe cuidados paliativos o vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varios padecimientos, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos de medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes enfermedades pueden reunir los requisitos para obtener servicios mediante un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una amplia revisión de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor forma de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen de este análisis por escrito. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos, e incluye un espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento que tenga. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es buena idea pedir que revisen sus medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y su lista de medicamentos en su visita o en cualquier momento para hablar con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, conserve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación), en caso de que vaya al hospital o a la sala de urgencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

CAPÍTULO 6

¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 1: Introducción	142
Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	142
Sección 1.2 Tipos de costos personales que quizá deba pagar por medicamentos cubiertos.	143
SECCIÓN 2: Lo que paga por un medicamento depende del “nivel de pago por medicamento” en que está usted cuando obtiene el medicamento	143
Sección 2.1 ¿Cuáles son los niveles de pago por medicamentos para los miembros de OneCare?	143
SECCIÓN 3: Le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué nivel de pago se encuentra usted	145
Sección 3.1 Le enviamos un reporte mensual llamado “Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).	145
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos por medicamentos.	145
SECCIÓN 4: OneCare no tiene ningún deducible	146
Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos de la Parte D.	146
SECCIÓN 5: Durante el nivel de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos por medicamentos y usted paga la suya	147
Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta	147
Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un medicamento para un mes.	147
Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes	149

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento. 150

Sección 5.5 Usted permanece en el nivel de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen \$3,820. 150

SECCIÓN 6: Durante el nivel de intervalo de cobertura, el plan proporciona alguna cobertura de medicamentos 151

Sección 6.1 Permanece en el nivel de intervalo de cobertura hasta que alcance \$5,100 en costos personales. 151

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus costos personales por medicamentos con receta?. 152

SECCIÓN 7: Durante el nivel de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos por sus medicamentos 154

Sección 7.1 Una vez que esté en el nivel de cobertura catastrófica, permanecerá en este nivel el resto del año 154

SECCIÓN 8: Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene. 155

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna. 155

Sección 8.2 Quizá quiera llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de ser vacunado 157

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medi-Cal (Medicaid), cumple con los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar el costo de su plan para medicamentos con receta. Debido a que usted está en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos por los medicamentos con receta de la Parte D podría no ser aplicable a usted.** Le enviamos información aparte, titulada “Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional de subsidio por bajo ingreso” o “Cláusula LIS”), el cual le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no cuenta con esta guía, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificarlo, utilizamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D (algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley). Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medi-Cal (Medicaid).

Para entender la información sobre pagos que le damos en este capítulo, necesita saber lo básico de qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. Los siguientes son materiales que explican esta información básica:

- **La Lista de medicamentos cubiertos del plan.** Para simplificarlo, la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos tienen cobertura para usted.
 - También indica en cuál de los dos “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

la cubierta posterior de esta guía). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página de Internet: www.caloptima.org/onecare. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.

- **Capítulo 5 de esta guía.** El Capítulo 5 le da detalles sobre la cobertura de sus medicamentos con receta, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también dice qué tipos de medicamentos con receta no cubre nuestro plan.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte los detalles en el Capítulo 5). El Directorio de Proveedores y Farmacias tiene una lista de farmacias de la red del plan. También indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle suministros a largo plazo de un medicamento (como surtir una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos personales que quizá deba pagar por medicamentos cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que se encuentra en este capítulo, necesita saber acerca de los tipos de costos personales que puede pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se llama “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede cobrar.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte del costo.
- “**Copago**” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2: Lo que paga por un medicamento depende del “nivel de pago por medicamento” en que está usted cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son los niveles de pago por medicamentos para los miembros de OneCare?

Como lo muestra la siguiente tabla, hay “niveles de pago por medicamento” para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en OneCare. Lo que paga por un medicamento depende de en cuál de estos niveles está usted en el momento de surtir o resurtir una receta.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Nivel 1 <i>Nivel de deducible anual</i>	Nivel 2 <i>Nivel de cobertura inicial</i>	Nivel 3 <i>Nivel de intervalo de cobertura</i>	Nivel 4 <i>Nivel de cobertura catastrófica</i>
Debido a que el plan no tiene deducible, este nivel de pago no se le aplica a usted. Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, este nivel de pago no se le aplica a usted.	Usted comienza en este nivel cuando surte su primera receta del año. Durante este nivel, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en este nivel hasta que sus “costos personales por medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) alcancen un total de \$3,820. (La Sección 5 de este capítulo contiene más detalles).	Para los medicamentos genéricos, paga \$0. Para los medicamentos de marca, paga entre \$0 a \$8.50 dependiendo en el nivel de “ayuda adicional” que recibe. Usted permanece en este nivel hasta que sus “costos personales” del año a la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$5,100. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare. (La Sección 6 de este capítulo contiene más detalles).	Durante este nivel, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos durante el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre del 2019). (La Sección 7 de este capítulo contiene más detalles).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 3: Le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué nivel de pago se encuentra usted

Sección 3.1 Le enviamos un reporte mensual llamado “Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva la cuenta de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha hecho cuando surte o surte de nuevo sus recetas en la farmacia. De esta forma, podemos decirle cuando pase al siguiente nivel de pago por medicamentos. En particular, hay dos tipos de costos que vigilamos:

- Llevamos la cuenta de la cantidad que usted ha pagado. A esto se le llama **“costo personal”**.
- Llevamos la cuenta de su **“costo total de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga personalmente o que otros pagan por usted más la cantidad que el plan paga.

Nuestro plan preparará un reporte por escrito llamado Explicación de Beneficios de la Parte D (a veces se llama “EOB de la Parte D”) cuando haya surtido una o más recetas mediante el plan durante el mes anterior. Este reporte incluye:

- **Información de ese mes.** Este reporte le da detalles del pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “del año a la fecha”. Le muestra el costo total por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar la cuenta de sus costos por medicamentos y los pagos que usted hace, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Para asegurarse de que sepamos sobre las recetas que surta y cuánto paga usted, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que en ocasiones usted pague medicamentos con receta y no obtengamos automáticamente la información necesaria llevar la cuenta de sus costos personales. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus costos personales, puede darnos copia de los recibos por los medicamentos que haya comprado. (Si le cobran un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que le pague

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

nuestra parte del costo del medicamento. Para ver las instrucciones para hacerlo, consulte al Capítulo 7, Sección 2 de esta guía). Los siguientes son algunos tipos de situaciones en que tal vez quiera darnos copia de sus recibos por medicamentos para asegurarse de que tengamos el registro completo de lo que ha gastado en medicamentos:

- 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 haya hecho un copago por medicamentos suministrados por un programa de asistencia a pacientes de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias ajenas a la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus costos personales y le ayudan a cumplir los requisitos para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa de ayuda para medicamentos para tratar el SIDA (ADAP), el Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses y por la mayoría de las instituciones de beneficencia cuentan como parte de sus costos personales. Debe mantener un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar la cuenta de sus costos.
 - **Revise el reporte que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, revíselo para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si piensa que falta algo en el reporte, o si tiene alguna pregunta, llame a l Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4: OneCare no tiene ningún deducible

Sección 4.1 Usted no paga deducible por sus medicamentos de la Parte D

OneCare no tiene ningún deducible. Usted comienza en el nivel de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en el nivel de cobertura inicial.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 5: Durante el nivel de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos por medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

Durante el nivel de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta.

El plan tiene dos niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos están en uno de los dos niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número del 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 de costo compartido con el copago más bajo.*
- *El nivel 2 incluye los medicamentos de marca. Este es el nivel de costo compartido con el copago más alto.*

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

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende del lugar donde lo adquiere, que puede ser:

- una farmacia de menudeo incluida en la red de nuestro plan
- una farmacia no incluida en la red del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 5 de esta guía y el Directorio de Farmacias del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un medicamento para un mes

Durante el nivel de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago.

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Como lo muestra la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tome en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago que se encuentra en la tabla, usted pagará el monto más bajo. Usted paga ya sea la cantidad completa del medicamento o la cantidad del copago, *la que sea menos*.
- Solamente en casos particulares cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene el suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar de menudeo (dentro de la red) (suministro hasta para 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro hasta para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 5.3 Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro de todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que haya casos en que desee pedirle a su médico que le recete un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, si va a probar por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes, usted no tendrá que pagar el suministro para todo el mes de ciertos medicamentos.

El monto que pague al obtener el suministro para menos de un mes dependerá de si tiene que pagar coseguro (un porcentaje del costo total) o hacer un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debe pagar el mismo porcentaje sin importar si la receta es para el suministro de todo un mes o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes, la *cantidad* que pague será menor.
- Si debe hacer un copago por el medicamento, 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 por un suministro de su medicamento para todo un mes (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día, multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

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 médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, un suministro de un medicamento para menos de un mes si esto le ayuda a planear mejor las fechas 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.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de largo plazo (hasta 90 días) 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. (Para conocer detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro de largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

Nivel	Costo compartido estándar de menudeo (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca)	Copago de \$0

Sección 5.5 Usted permanece en el nivel de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen \$3,820

Permanece en el nivel de cobertura inicial hasta que sus costos totales por los medicamentos con receta que surtió y resurtió alcanzan el **límite de \$3,820 del nivel de cobertura inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha adquirido desde la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos personales). Esto incluye:
 - La suma total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en el nivel de cobertura inicial.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

- **Lo que el plan ha pagado** por su parte de los costos por sus medicamentos en el nivel de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante el 2019, el monto que ese plan pague durante el nivel de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado durante el año usted, el plan y cualquier tercero en su nombre. Muchas personas no lo alcanzan el límite de **\$3,820** en un año.

Le informaremos si alcanza este límite de **\$3,820**. Si alcanza este monto, dejará el nivel de cobertura inicial y pasará al nivel de intervalo de cobertura.

SECCIÓN 6: Durante el nivel de intervalo de cobertura, el plan proporciona alguna cobertura de medicamentos

Sección 6.1 Permanece en el nivel de intervalo de cobertura hasta que alcance \$5,100 en costos personales

En el nivel de intervalo de cobertura el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta.

Durante el nivel de intervalo de cobertura, su parte del costo por un medicamento con receta será un copago.

Como lo muestra la siguiente tabla, el monto del copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tome en cuenta lo siguiente:

- Solamente en casos particulares cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando obtiene el suministro para un mes de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Nivel	Costo compartido estándar de menudeo (dentro de la red) (suministro hasta para 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro hasta para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro hasta para 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca)	Copago de \$0 a \$8.50	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$8.50

También recibirá cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga \$0 de copago por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. La suma que paga el plan no cuenta para el cálculo de sus costos personales. Únicamente la suma que usted paga y lo que paga el subsidio por bajos ingresos (“ayuda adicional”) cuenta hacia sus costos personales, y lo hace avanzar en el nivel de intervalo de cobertura.

Medicare establece normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos personales. Cuando alcance un límite de gastos personales de \$5,100, deja el nivel de intervalo de cobertura y pasa al nivel de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus costos personales por medicamentos con receta?

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando llevemos el registro de sus costos personales por sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos personales

Cuando sume sus costos personales **puede incluir** los pagos mencionados abajo (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de esta guía):

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

- El monto que paga por medicamentos cuando está en alguno de los siguientes niveles de pago por medicamentos:
 - Nivel de cobertura inicial
 - Nivel de intervalo de cobertura
- Cualquier pago que haya hecho durante este año como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante saber quién paga:

- Si **usted mismo** hace estos pagos, éstos se incluyen en sus costos personales.
- Estos pagos también se incluyen si los hacen en su nombre **ciertas personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que haya hecho algún amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o el Servicios de Salud para Indígenas Estadounidenses. También se incluyen los pagos hechos por el Programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de descuento de intervalo de cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

¿Cómo pasar al nivel de cobertura catastrófica?:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$5,100 en costos personales en el año, usted pasará del nivel de intervalo de cobertura al nivel de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos personales

Cuando sume sus costos personales, **no puede incluir ninguno** de estos tipos de pagos por medicamentos con receta:

- medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- medicamentos que no cubre nuestro plan
- medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red
- medicamentos que no están bajo la Parte D, incluyendo los medicamentos con receta cubiertos por las Partes A y B y otros medicamentos que están excluidos bajo la cobertura de Medicare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

- pagos por medicamentos de marca o genéricos hechos por el plan mientras está en intervalo de cobertura
- pagos por medicamentos hechos por planes grupales de salud, incluidos los planes de salud de empleadores
- pagos por medicamentos que hagan ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos
- pagos por medicamentos hechos por un tercero con obligación legal de pagar costos de recetas (por ejemplo, compensación al trabajador)

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas arriba paga parte o todos sus costos personales por medicamentos, es necesario que lo informe a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus costos personales?

- **Nosotros le ayudaremos.** El reporte de la Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos personales (la Sección 3 de este capítulo trata sobre este reporte). Cuando alcance un total de \$5,100 en costos personales durante el año, este reporte le avisará que dejó el nivel de intervalo de cobertura y pasó al nivel de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7: Durante el nivel de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos por sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en el nivel de cobertura catastrófica, permanecerá en este nivel el resto del año

Usted cumple los requisitos para el nivel de cobertura catastrófica cuando sus costos personales hayan alcanzado el límite de \$5,100 del año. Una vez que esté en el nivel de cobertura catastrófica, permanecerá en este nivel de pago hasta el final del año.

Durante este nivel, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

SECCIÓN 8: Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener cobertura separada para la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de administrarle la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura de varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas consideradas como beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas consultando la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el **costo de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es por el **costo de administrarle la vacuna**. (A veces a esto se le llama “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

La cantidad que pague por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (contra qué lo están vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre su cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas incluidas en la Lista de medicamentos cubiertos del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.

3. Quién le administra la vacuna.

Lo que pague al recibir la vacuna de la Parte D puede variar, dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, al obtener la vacuna, tendrá que pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración. Puede solicitar al plan que le reembolse la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, pagará solamente la parte del costo que le corresponde por la vacuna o su administración.

Para mostrarle cómo funciona, aquí tiene tres formas comunes de recibir una vacuna de la Parte D.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).

- Usted tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de administrársela.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

Situación 2: Le aplican la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago de nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de esta guía (Cómo solicitarnos pagar nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos).
- Se le reembolsará el monto que haya pagado menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administran.

- Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, pagará el costo total de este servicio. Luego puede pedir a nuestro plan que le devuelva el pago de nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de esta guía.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por administrar la vacuna.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 6. ¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?

Sección 8.2 Quizá quiera llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de ser vacunado

Las reglas de la cobertura de las vacunas son complicadas. Pero estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que cuando planee vacunarse, marque primero al Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

- Podemos darle información sobre cómo cubre su vacuna nuestro plan y explicarle la parte que usted debe pagar.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus propios costos acudiendo con los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede acudir con un proveedor o a una farmacia de la red, podemos decirle los pasos a seguir para solicitar que le reembolsemos el pago de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

¿Cómo pedirnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por servicios médicos o
medicamentos cubiertos?

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

SECCIÓN 1: Situaciones en las que deberá pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos. 160

Sección 1.1 Si usted paga por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que los paguemos 160

SECCIÓN 2: ¿Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió? 163

Sección 2.1 ¿Cómo y a dónde debe enviarnos la solicitud de pago? 163

SECCIÓN 3: Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos 164

Sección 3.1 Revisamos la solicitud para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 164

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el costo total o parcial de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación 164

SECCIÓN 4: Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias de ellos. 165

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear los costos que pagó de su bolsillo 165

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

SECCIÓN 1: Situaciones en las que deberá pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que los paguemos

Nuestros proveedores participantes de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos que haya recibido, debe enviarnos esa factura para que la paguemos. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que sí deben cubrirse, nosotros pagaremos directamente al proveedor.

Si usted ya pagó por los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitar al plan que se lo devuelva (devolver el dinero a menudo se llama hacer un “reembolso”). Usted tiene derecho a que el plan le haga un reembolso siempre que haya pagado más de su parte del costo por los servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben cubrirse. Si decidimos que sí deben cubrirse, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Éstos son algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite pedir a nuestro plan que le reembolse el costo o que pague una factura que usted haya recibido.

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o cuidado urgente de parte de un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor es parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de atención médica de emergencia o de cuidado urgente de parte de un proveedor que no sea parte de nuestra red, deberá pedir al proveedor que envíe la factura al plan.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir los servicios, deberá solicitarnos que le hagamos una devolución de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con toda la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que algunas veces reciba la factura de parte del proveedor en la que se le solicite realizar un pago que usted crea que no debe hacer. Envíenos esa factura junto con toda la documentación de cualquier pago que haya realizado.

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

- Si existe algún adeudo con el proveedor, nosotros pagaremos directamente al proveedor.
- Si ya pagó por el servicio una cantidad mayor que la de sus costos compartidos, le reembolsaremos el costo compartido que nos corresponde.

2. Cuando un proveedor de la red le envíe una factura que usted crea que no debe pagar

Los proveedores participantes de la red siempre deben cobrar directamente al plan. Pero algunas veces cometen errores y le piden a usted que pague más que su parte del costo.

- Usted solamente debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando reciba los servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, que se conocen como “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca pague más del monto de los costos compartidos) se aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio y aun si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldos”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.6. Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere mayor a lo que debería pagar, envíenos la factura. Nosotros nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor participante de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con toda la documentación relacionada con cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que usted debía según el plan.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que ya pasó el primer día de la inscripción. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado).

Si su inscripción en el plan fue retroactiva y usted pagó de su bolsillo por algún servicio o medicamento cubierto después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Será necesario que nos envíe la documentación para que realicemos el reembolso. Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

4. Cuando surta una receta en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de miembro para que le surtan una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación de manera directa. Cuando esto sucede, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento. (Solamente cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red en algunas situaciones especiales. Para saber más, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

5. Cuando pague el costo total de una receta debido a que no llevaba su credencial de miembro del plan

Si no lleva consigo la tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que se comunique al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesitan, es posible que usted mismo deba pagar el costo completo de la receta. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

6. Cuando pague el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no se encuentre en la Lista de medicamentos cubiertos o que el medicamento tenga un requisito o restricción que no sabía o no creía que se aplicaba a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Es posible que en algunas situaciones necesitemos más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe la 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 debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos la solicitud de pago, puede apelar a la decisión. El Capítulo 9 de esta guía (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

SECCIÓN 2: ¿Cómo solicitar que le reembolsemos o que paguemos una factura que recibió?

Sección 2.1 ¿Cómo y a dónde debe enviarnos la solicitud de pago?

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. No olvide sacar copias de la factura y de los recibos para guardarlas en su expediente.

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

OneCare Customer Service
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Debe enviarnos la reclamación en un plazo de un (1) año a partir de la fecha en la que haya recibido el servicio.

Para reclamaciones de farmacia, puede llenar el formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice este formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede descargar una copia del formulario en nuestra página de Internet (www.caloptima.org/onecare) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar el formulario. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

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

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

Debe enviarnos la reclamación de farmacia en un plazo de tres (3) años a partir de la fecha en que la que haya recibido el artículo o medicamento.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Si no está seguro sobre qué debió haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, nosotros podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

SECCIÓN 3: Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o la rechazaremos

Sección 3.1 Revisamos la solicitud para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos la solicitud de pago, le informaremos si requerimos que nos proporcione información adicional. Si no la necesitamos, consideraremos la solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de 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 que deberá seguir para la cobertura de los servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que deberá seguir para la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. En ese caso le enviaremos una carta en la que se expliquen las razones por las cuales no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el costo total o parcial de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si usted cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos la solicitud de pago.

Para obtener más información sobre cómo presentar esa apelación, consulte el Capítulo 9 de esta guía (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, le será de utilidad comenzar con la lectura de la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones e incluye definiciones de términos como “apelación”. Después de haber leído la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 en la que se explica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.

Capítulo 7. ¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

- Si desea presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4: Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias de ellos

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a rastrear los costos que pagó de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que haya hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien nos está dando información sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que pagó de su bolsillo. Esto podría ayudarle a alcanzar el nivel de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

A continuación, se ofrece un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de ayuda a pacientes que ofrezca algún fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda a pacientes que ofrece algún fabricante de medicamentos que no es parte de los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos a través de un programa que ofrece algún fabricante de medicamentos, es posible que deba hacer un copago al programa de ayuda a pacientes.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para que calculemos los gastos pagados de su bolsillo y los consideremos para que alcance el nivel de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta que:** Debido a que obtiene los medicamentos a través de un programa de ayuda a pacientes y no a través de los beneficios del plan, nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero al enviarnos la copia del recibo, nos permite calcular correctamente los costos pagados de su bolsillo y esto puede ayudarle a alcanzar el nivel de cobertura catastrófica con mayor rapidez.

Debido a que en el caso que se describió anteriormente no estaría solicitando un pago, la situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, si está en desacuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1: Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan . . . 168

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you
(in languages other than English, in Braille, in large print, or other
alternate formats, etc.). 168

Sección 1.1 Debemos brindar información conforme a sus necesidades (en otros
idiomas, braille, letra grande, otros formatos alternativos, etc.) 168

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin thích hợp với nhu cầu của quý vị
(bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chữ nổi (Braille), bằng khổ
chữ in lớn hoặc các hình thức khác, v.v.). 169

Sección 1.2 Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento 169

Sección 1.3 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y
medicamentos cubiertos 170

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información
de salud personal 170

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de
proveedores y sus servicios cubiertos 171

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
médica 173

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reevaluemos las
decisiones que hayamos tomado 175

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o no se
están respetando sus derechos? 176

Sección 1.9 ¿Cómo obtener más información acerca de sus derechos? 176

SECCIÓN 2: Usted tiene algunas responsabilidades al ser miembro del plan. 177

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 177

SECCIÓN 1: Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the *CalOptima Grievance & Appeals Resolution Services department*.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with OneCare Customer Service. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact OneCare Customer Service for additional information.

Sección 1.1 Debemos brindar información conforme a sus necesidades (en otros idiomas, braille, letra grande, otros formatos alternativos, etc.)

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información conforme a sus necesidades (los números de teléfono se encuentran en la cubierta posterior de esta guía).

El plan cuenta con personal que habla otros idiomas y con servicios de interpretación gratuitos disponibles para contestar las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablen inglés. De ser necesario, el plan también le puede brindar la información en braille, letra grande o en otros formatos alternativos, sin ningún costo. El plan tiene la obligación de brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado conforme a sus necesidades. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información conforme a sus necesidades (los números de teléfono se encuentran en la cubierta posterior de esta guía) o comuníquese con el *Departamento de Servicios para la Resolución de Quejas y Apelaciones de CalOptima*.

Si tiene dificultades para obtener información del plan en un formato accesible y apropiado conforme a sus necesidades, llame al Departamento de Servicios para

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Miembros de OneCare para presentar una queja. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de Cobertura o en este paquete. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare para solicitar información adicional.

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin thích hợp với nhu cầu của quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, chữ nổi (Braille), bằng khổ chữ in lớn hoặc các hình thức khác, v.v.)

Để nhận được thông tin thích hợp với nhu cầu của quý vị, xin vui lòng gọi Văn Phòng Dịch Vụ (số điện thoại được in trên bìa sau của tài liệu này).

Chương trình của chúng tôi có các nhân viên và dịch vụ thông dịch miễn phí sẵn sàng trả lời các câu hỏi cho các thành viên không nói tiếng Anh. Chương trình của chúng tôi cung cấp một số tài liệu bằng tiếng Anh, Tây Ban Nha hoặc tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp các thông tin cho quý vị bằng chữ nổi, khổ chữ in lớn, hoặc các hình thức khác nếu quý vị cần. Nếu quý vị hội đủ điều kiện với Medicare do khuyết tật, chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về phúc lợi của chương trình để có thể được dễ dàng truy cập và phù hợp với quý vị.

Nếu quý vị có vấn đề trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề liên quan đến ngôn ngữ hoặc khuyết tật, xin vui lòng gọi cho Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, và cho họ biết rằng quý vị muốn nộp đơn than phiền. Thành viên sử dụng máy TTY có thể liên lạc qua số 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **El plan no discrimina** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad mental o física, condición de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia asegurable o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, comuníquese a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la oficina local de derechos civiles.

Si tiene alguna discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico general de la red del plan para que le proporcione y planifique sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 ofrece más detalles sobre esto). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía). También tiene derecho a acudir a un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una referencia.

Como miembro del plan, tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos por parte de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de especialistas, cuando usted requiera ese tipo de atención. De igual forma, tiene derecho a que le surtan o resurtan las recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin retrasos significativos.

Si siente que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en un periodo de tiempo razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de esta guía le indica qué hacer. (Si le hemos negado la cobertura de atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 9 le indica qué hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal como lo exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relacionados con la obtención de su información y el control de cómo se usa su información de salud. Le proporcionamos un “Aviso de prácticas de privacidad” en el que se le informan estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no puedan ver ni cambiar sus expedientes.
- En la mayoría de las situaciones, si proporcionamos su información de salud a alguna persona que no le proporcione atención o pague por ella, *tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito primero*. Usted mismo puede dar el

permiso escrito o alguien más a quien usted haya otorgado poderes legales para tomar las decisiones por usted.

- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener su permiso escrito previamente. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias según la ley.
 - Por ejemplo, tenemos la obligación de proporcionar esta información a las agencias de gobierno que revisan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, será de acuerdo con las leyes y regulaciones federales.

Puede ver la información en sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otros.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos que mantenga el plan, y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle una cuota por estas copias. También tiene derecho a pedirnos que incluyamos o corrijamos información en sus expedientes médicos. Si solicita esto, trabajaremos con su proveedor médico para decidir si estos cambios deben hacerse.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas con fines que no sean los de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de OneCare, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explicó en la Sección 1.1, tiene derecho a que le proporcionemos la información de forma que sea útil para usted. Esto incluye recibir la información en otros idiomas distintos al inglés y en letra grande u otros formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, la información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que han presentado los miembros y las calificaciones de desempeño

del plan, incluidas las calificaciones que le han dado los miembros del plan y la comparación con otros planes de salud de Medicare.

- **Información sobre nuestros proveedores participantes de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**

- Por ejemplo, usted tiene derecho a recibir de nuestra parte información sobre las certificaciones de los proveedores y de las farmacias de nuestra red, así como sobre la forma en la que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- Para ver la lista de proveedores y farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de OneCare.
- Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o visite nuestra página de Internet en **www.caloptima.org/onecare**.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar la cobertura.**

- En los Capítulos 3 y 4 de esta guía explicamos los servicios médicos que tienen cobertura para usted, las restricciones a la cobertura y las reglas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
- Para conocer los detalles de su cobertura de medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de esta guía, así como la Lista de medicamentos cubiertos. En estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos se le indica qué medicamentos están cubiertos y se explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

- **Información sobre las razones por las que algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**

- Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, aunque haya recibido el servicio médico o medicamento de parte de un proveedor o farmacia fuera de la red.
- Si no está satisfecho o si está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado respecto a qué atención médica o medicamento de la

Parte D está cubierto en su caso, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para conocer los detalles sobre qué hacer si algo no está cubierto en su caso de la forma que usted cree que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de esta guía. Encontrará los detalles de cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si quiere pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica o por un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de esta guía.

Sección 1.6 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en la toma de 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 médica. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento *de forma que usted los entienda*.

También tiene el derecho de participar totalmente en la toma de decisiones relativas a su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos acerca del mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que le digan todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre. También incluye que le hablen sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usar los medicamentos con seguridad.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le hablen acerca de cualquier riesgo que su atención médica conlleve. Se le debe decir con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital o centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. También tiene el derecho de dejar de tomar sus medicamentos. Claro que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, asume la responsabilidad total de lo que ocurra con su cuerpo en consecuencia.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Usted tiene el derecho de que le demos una explicación si un proveedor negó la atención que usted cree que debió haber recibido. Para que le demos esta explicación, tendrá que pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de esta guía se explica cómo pedir al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que debe hacerse si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces las personas no pueden tomar por sí mismas decisiones relativas a la atención médica a causa de un accidente o de una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, si así lo quiere, usted puede:

- llenar un formulario escrito para entregárselo **a alguien que tenga la capacidad legal para tomar decisiones médicas** en su nombre en caso de que usted no esté en condiciones de tomar decisiones por sí mismo
- **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

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se llaman “**manifestaciones anticipadas de voluntad**”. Hay diferentes tipos de manifestaciones anticipadas de voluntad y tienen nombres diferentes. Los documentos con el nombre “**testamento vital**” y “**carta poder para atención médica**” son ejemplos de manifestaciones anticipadas de voluntad.

Si quiere usar una “manifestación anticipada de voluntad” para dejar instrucciones, esto es lo que tiene que hacer:

- **Conseguir el formulario.** Si quiere tener una manifestación anticipada de voluntad, puede conseguir el formulario con su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede conseguir los formularios de manifestación anticipada de voluntad en organizaciones que dan a la gente información sobre Medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
- **Llenarlo y firmarlo.** Sin importar dónde haya conseguido este formulario, tenga en mente que se trata de un documento legal. Debería considerar la opción de pedir a un abogado que le ayude a elaborarlo.
- **Entregar copias a las personas adecuadas.** Debe entregarle una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le sugerimos que también

entregue copias del formulario a sus amigos cercanos o a sus familiares. Asegúrese de conservar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo hospitalizarán y ha firmado una manifestación anticipada de voluntad, **lleve una copia al hospital.**

- Si lo internan en el hospital, le preguntarán si ha firmado una manifestación anticipada de voluntad y si la lleva consigo.
- Si no ha firmado una manifestación anticipada de voluntad, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión llenar una manifestación anticipada de voluntad (también es su decisión firmarla cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo con base en si firmó o no una manifestación anticipada de voluntad.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si 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 Departamento de Salud Pública de California si llama al 1-800-236-9747; usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al Servicio de Retransmisión de California al **1-800-735-2929**.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reevaluemos las decisiones que hayamos tomado
--

Si tiene problemas o inquietudes acerca de los servicios o la atención cubiertos, en el Capítulo 9 se explica qué puede hacer. Se detalla cómo abordar toda clase de problemas y quejas. Lo que debe hacer para dar seguimiento a un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que necesite solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura para usted, presentar una apelación ante nosotros para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Sin importar qué haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **se nos exige que lo tratemos justamente.**

Usted tiene derecho a recibir un resumen de 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 (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o no se están respetando sus derechos?

Si es un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo han tratado injustamente o que no lo han respetado por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o a la línea TTY 1-800-537-7697; también puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su comunidad.

¿Se trata de algo más?

Si cree que lo han tratado injustamente o que no han respetado sus derechos y no es una cuestión de discriminación, puede obtener ayuda para afrontar este problema:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre el Seguro Médico**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- También **puede llamar a Medicare** 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.

Sección 1.9 ¿Cómo obtener más información acerca de sus derechos?

Hay varios sitios donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Ayuda sobre el Seguro Médico**. Para conocer los detalles de esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Puede contactar a Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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.

SECCIÓN 2: Usted tiene algunas responsabilidades al ser miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se mencionan las cosas que necesita hacer al ser miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibir esos servicios cubiertos.** Use esta guía de Evidencia de Cobertura para saber qué está cubierto y qué reglas tiene que seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 contienen los detalles sobre sus servicios médicos e incluyen qué está cubierto, qué no está cubierto, las reglas a seguir y qué debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6 se detalla su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, es necesario que nos lo diga.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
 - Se nos exige que sigamos las reglas de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) para asegurarnos de que usted use todas sus coberturas combinadas cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios para la salud y de medicamentos que usted recibe de parte de nuestro plan con los otros beneficios de salud y de medicamentos que usted tenga disponibles. Nosotros le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para saber más sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a los demás proveedores médicos que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de identificación del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.

- **Ayude a sus médicos y a los demás proveedores médicos dándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a demás proveedores médicos a brindarle la mejor atención, infórmese lo más que pueda sobre sus problemas de salud y desles la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar. Sus médicos y los demás proveedores médicos deben explicarle las cosas de forma que las entienda. Si usted hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dan, pregunte de nuevo.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de forma que ayude al curso ágil de la atención en el consultorio de su médico, en los hospitales y demás oficinas.
- **Pague lo que debe.** Al ser miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder tener derecho a nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los miembros de OneCare, Medi-Cal (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si es que no tiene derecho a ello automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medi-Cal (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - En el caso de la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). El Capítulo 6 le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si recibe cualquier servicio médico o medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan o algún otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de esta guía para saber cómo presentar una apelación.
 - Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D porque tiene un ingreso más elevado (según lo reportado en su última declaración de impuestos), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Notifíquenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
 - **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 contiene información sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a saber si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un periodo especial de inscripción durante el cual puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Le podemos informar si tenemos un plan en su área nueva.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todas formas, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que lo notifique al Seguro Social (o a la Junta de Ferroviarios Jubilados). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda o si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de esta guía.
 - Para saber más sobre cómo contactarnos, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

ANTECEDENTES	184
SECCIÓN 1: Introducción.....	184
Sección 1.1 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud?	184
Sección 1.2 ¿Qué hay de los términos legales?	184
SECCIÓN 2: Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros	185
Sección 2.1 ¿Dónde obtener más información y asistencia personalizada?	185
SECCIÓN 3: ¿Qué proceso debe usar para afrontar su problema?	186
Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para beneficios de Medicare o para beneficios de Medi-Cal (Medicaid)?	186
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE	187
SECCIÓN 4: ¿Cómo manejar problemas con sus beneficios de Medicare?	187
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o el proceso para presentar quejas?	187
SECCIÓN 5: Guía de los puntos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	188
Sección 5.1 ¿Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales?	188
Sección 5.2 ¿Cómo obtener ayuda cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación?	189
Sección 5.3 ¿En cuál sección de este capítulo se detalla su situación?	190
SECCIÓN 6: Su atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?	191
Sección 6.1 Esta sección indica lo que debe hacer si tiene problemas con la cobertura de la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	191

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Sección 6.2 Paso a paso: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice u ofrezca la cobertura de atención médica que necesita)? 192

Sección 6.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de primer nivel (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)? 196

Sección 6.4 Paso a paso: ¿Cómo se realiza una apelación de nivel 2? 200

Sección 6.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?..... 202

SECCIÓN 7: Sus medicamentos con receta de la Parte D: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?..... 203

Sección 7.1 Esta sección describe qué hacer si tiene problemas para conseguir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento de la Parte D 203

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 205

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones 207

Sección 7.4 Paso a paso: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción? 207

Sección 7.5 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de primer nivel (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)?..... 211

Sección 7.6 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 2? 215

SECCIÓN 8: ¿Cómo pedir que cubramos una estadía más larga para un paciente hospitalizado si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto?..... 217

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare donde se le informa sobre sus derechos 218

Sección 8.2 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?..... 219

Sección 8.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?..... 223

Sección 8.4 ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de nivel 1?..... 224

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

SECCIÓN 9: ¿Cómo pedirnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura terminará pronto?	228
Sección 9.1 Esta sección se trata de tres servicios únicamente: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de servicios completos de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).	228
Sección 9.2 Le avisaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura	229
Sección 9.3 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 1 para hacer que nuestro plan cubra su atención por más tiempo?	230
Sección 9.4 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 2 para hacer que nuestro plan cubra su atención por más tiempo?	232
Sección 9.5 ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	234
SECCIÓN 10: Llevar su apelación al nivel 3 y más allá.	237
Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos	237
Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D	239
SECCIÓN 11 ¿Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempo de espera, atención al cliente u otras inquietudes?	240
Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se pueden resolver a través del proceso de presentación y resolución de quejas?	240
Sección 11.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamación”	243
Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja.	243
Sección 11.4 También puede quejarse de la calidad de la atención con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.	245
Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja.	245
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL (MEDICAID).	246
SECCIÓN 12: Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).	246

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 ¿Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud?

En este capítulo se explican los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usará para enfrentar su problema dependerá de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medi-Cal (Medicaid)**. Si le gustaría recibir ayuda para decidir si usará el procedimiento de Medicare, el proceso de Medi-Cal (Medicaid) o ambos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para ciertos tipos de problemas, necesita seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otra clase de problemas, necesita seguir el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Para garantizar la justicia y la atención expedita a sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

¿Qué proceso debe usar? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar cuál es el proceso correcto.

Sección 1.2 ¿Qué hay de los términos legales?

Existen términos legales para algunas reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y los procedimientos legales con palabras más sencillas en vez de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en vez de “presentar una reclamación”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. También se usan abreviaturas con la menor frecuencia posible.

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

Sin embargo, puede ser útil (y a veces bastante importante) que conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando aborde su problema, y a recibir la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales junto con los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2: Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 ¿Dónde obtener más información y asistencia personalizada?

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. En otras ocasiones, tal vez no tenga los conocimientos que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones le sugerimos obtener la ayuda o la guía de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede contactar a su **Programa Estatal de Ayuda sobre el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene nexos con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de atención médica. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para resolver el problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 3 de esta guía.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede contactar a Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- 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.
- Puede visitar la página de Internet de Medicare, <https://www.medicare.gov>.

Puede obtener ayuda e información de Medi-Cal (Medicaid)

Algunos de los servicios de su plan también podrían estar cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Si cree que le negamos injustamente un servicio o el pago de un servicio,

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

también puede tener el derecho de apelar esta decisión ante Medi-Cal (Medicaid). Le informaremos por escrito si tiene el derecho de apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid).

Si quiere contactar a Medi-Cal (Medicaid) para plantear alguna pregunta o problema con nuestro plan, llame a la Oficina del Mediador Público del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud de California al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al **1-800-735-2929**.

SECCIÓN 3: ¿Qué proceso debe usar para afrontar su problema?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para beneficios de Medicare o para beneficios de Medi-Cal (Medicaid)?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medi-Cal (Medicaid), cuenta con procesos diferentes para afrontar su problema o su queja. El proceso que usará dependerá de si el problema es con los beneficios de Medicare o de Medi-Cal (Medicaid). Si su problema es con un beneficio que Medicare cubre, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es con un beneficio que Medi-Cal (Medicaid) cubre, entonces debe usar el proceso de Medi-Cal (Medicaid). Si le gustaría recibir ayuda para decidir si usará el procedimiento de Medicare o el proceso de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía).

Los procesos de Medicare y de Medi-Cal (Medicaid) se describen en partes diferentes de este capítulo. Use la siguiente tabla para saber qué parte debe leer.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud particular, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema es con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medi-Cal (Medicaid)?

(Si quiere recibir ayuda para decidir si su problema es con los beneficios de Medicare o de Medi-Cal (Medicaid), llame al Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).

Mi problema es con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4: “¿Cómo manejar problemas con sus beneficios de Medicare?”**.

Mi problema es con la cobertura de **Medi-Cal (Medicaid)**.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Consulte la Sección 12 de este capítulo: “¿Cómo manejar problemas con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)?”.

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4: ¿Cómo manejar problemas con sus beneficios de Medicare?

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o el proceso para presentar quejas?

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 los problemas o quejas relativos a los **beneficios que cubre Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare**, use esta tabla:

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas relativos a si una atención médica o un medicamento con receta en particular tiene cobertura o no, la forma en la que se cubre y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

S. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 5, “Gua de los puntos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la Sección 11 al final de este capítulo: “¿Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, la atención al cliente u otras inquietudes?”.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 5: Guía de los puntos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 ¿Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: aspectos generales?

El proceso para pedir decisiones de cobertura y apelaciones sirve para abordar problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relativos al pago. Es el proceso que debe usar para saber si algo está cubierto o no y cómo está cubierto.

¿Cómo pedir decisiones de cobertura?

Una decisión de cobertura es la decisión que tomamos respecto a sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué cubriremos y cuánto pagaremos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) en su nombre cuando usted recibe atención médica de parte suya, o si su médico de la red lo refiere con un médico especialista. Usted o su médico pueden contactarnos para pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.

En algunos casos, es posible que decidamos que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

¿Cómo presentar una apelación?

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos acerca de su cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se trata de una apelación de primer nivel. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas correctamente. La apelación estará a cargo de unos revisores diferentes a quienes hayan tomado la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En ciertos casos, de los que hablaremos más adelante, usted puede pedir una “decisión rápida de cobertura” o una apelación rápida respecto a una decisión de cobertura.

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

Si negamos la totalidad o parte de su apelación de primer nivel, puede recurrir a una apelación de segundo nivel. Una organización independiente que no tiene relación con nosotros lleva a cabo la apelación de segundo nivel. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para llevar a cabo una apelación de segundo nivel. Si eso ocurre, se lo informaremos. En otras circunstancias, tendrá que pedir una apelación de segundo nivel). Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de segundo nivel, puede continuar con los niveles adicionales de apelaciones.

Sección 5.2 ¿Cómo obtener ayuda cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación?

¿Necesita ayuda? Éstos son algunos recursos que puede usar si decide pedir alguna clase de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, contacte a su Programa Estatal de Ayuda sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer la solicitud en su nombre.**
 - En el caso de la atención médica, su médico puede pedir una decisión de cobertura o una apelación de primer nivel en su nombre. Si se rechaza su apelación en el primer nivel, lo remitirán automáticamente al segundo nivel. Para solicitar cualquier apelación después del segundo nivel, debe designar a su médico como su representante.
 - En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico o quien los haya recetado pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de primer nivel o de segundo nivel en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del segundo nivel, debe designar a su médico o a quien haya recetado el medicamento como su representante.
- **Puede pedir a alguien que actúe en su nombre.** Si quiere, puede designar a otra persona para que actúe como su “representante” y pida una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Es posible que alguna persona ya tenga autorización legal para actuar como su representante de acuerdo con las leyes estatales.
 - Si quiere que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta

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

guía) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestra página de Internet, en www.caloptima.org/onecare). El formulario le otorga permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe llevar su firma y la de la persona que usted quiera que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado que actúe en su representación.** Puede contactar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado a su asociación local de bufetes o a otro servicio de derivación. También hay grupos que le brindarán servicios jurídicos gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para pedir cualquier clase de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En cuál sección de este capítulo se detalla su situación?

Hay cuatro clases diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, detallamos cada una en una sección por separado:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?”
- **Sección 8** de este capítulo: “¿Cómo pedir que cubramos una estadía más larga para un paciente hospitalizado si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto?”
- **Sección 9** de este capítulo: “¿Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cubiertos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto?” (Solamente se aplica a estos servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de cuidado de rehabilitación completo para pacientes ambulatorios (CORF)).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). También puede obtener ayuda o información de parte de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Ayuda sobre el Seguro Médico (en la Sección 3 del Capítulo 2 de esta guía encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6: Su atención médica: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?



¿Ya leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de los puntos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección indica lo que debe hacer si tiene problemas con la cobertura de la atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de esta guía: Tabla de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a la “cobertura de atención médica” o a la “atención médica” en el resto de esta sección en vez de repetir “atención, tratamiento o servicios médicos” en cada ocasión.

En esta sección se describe lo que puede hacer cuando se encuentre en una de estas cinco situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere, y considera que nuestro plan cubre tal atención.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otros proveedores médicos quieren darle, y usted considera que el plan cubre tal atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que considera que el plan debería cubrir, pero le dijimos que no pagaremos por esta atención médica.
4. Recibió y pagó atención o servicios médicos que considera que el plan debería cubrir, y quiere pedir a nuestro plan que le reembolse el costo de esta atención médica.
5. Le informan que se reducirá o terminará la cobertura para determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado anteriormente, y considera que su salud podría verse afectada si esto sucede.
 - **AVISO: Si la cobertura que se va a terminar es por atención hospitalaria, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o por servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer otra sección de este capítulo, ya que se aplican normas especiales a este tipo de atención médica. A continuación, le indicamos lo que tiene que leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *¿Cómo pedir que cubramos una estadía más larga para un paciente hospitalizado si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto?*

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

- Capítulo 9, Sección 9: *¿Cómo pedirnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura terminará pronto?* Esta sección aborda tres servicios únicamente: atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
- Para *el resto* de las situaciones en las que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo va a terminar, utilice esta sección (Sección 6) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer esto:
¿Quiere saber si cubriremos o no la atención o los servicios médicos que quiere?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Consulte la siguiente sección de este capítulo, la Sección 6.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico tal como usted quiere que se cubra o se pague?	Puede presentar una apelación . (Esto quiere decir que nos pide que lo reconsideremos). Consulte la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó por determinados servicios o atención médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice u ofrezca la cobertura de atención médica que necesita)?

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina “ determinación de la organización ”.

Paso 1: Pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere que respondamos con rapidez, debe pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” recibe el nombre de “determinación acelerada” .

¿Cómo pedir cobertura para la atención médica que quiere?

- En primer lugar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos u ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico u otro representante pueden hacer esto.
- Para conocer más detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre su atención médica?*

Normalmente utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión

Cuando le hagamos saber nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.**

- **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como expedientes médicos de proveedores no participantes) que pueda beneficiarle. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que no deberíamos tardarnos 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. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días más** si consideramos que falta información que pueda beneficiarle (como expedientes médicos de proveedores no participantes) o si necesita tiempo para darnos información que revisar. Si necesitamos más días, se lo comunicaremos por escrito.

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

- Si cree que no deberíamos tardarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos unos días más. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita cobertura de atención médica que *aún no haya recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si usar los plazos estándares pudiera *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esa carta le dirá que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud sobre la cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Normalmente, para una decisión de cobertura rápida, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas**.

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

- Tal como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días más en ciertas circunstancias. Si necesitamos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que no deberíamos tardarnos 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 11 de este capítulo).
- Si no le damos nuestra respuesta en el plazo de 72 horas (o si hay un plazo prolongado al final de ese periodo), tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si prolongamos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de dicho plazo prolongado.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con las razones por las que lo rechazamos.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Normalmente, le daremos nuestra respuesta sobre una decisión de cobertura estándar en **un plazo de 14 días después de recibir su solicitud**.
 - Podemos tardar hasta 14 días más (“un plazo prolongado”) en ciertas circunstancias. Si necesitamos más días para tomar la decisión de cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que no deberíamos tardarnos 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 11 de este capítulo).
 - Si no le damos nuestra respuesta en el plazo de 14 días (o si hay un plazo prolongado al final de ese periodo), tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de

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

14 días después de recibir su solicitud. Si prolongamos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de dicho plazo prolongado.

- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con la explicación de por qué lo rechazamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión, e incluso que cambiemos de opinión, mediante una apelación. Presentar una apelación significa volver a intentar conseguir la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al primer nivel del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de primer nivel (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)?

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se conoce como una **“reconsideración”** del plan”.

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación. Si su salud requiere que respondamos con rapidez, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

¿Qué hacer?

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.** Para conocer más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito mediante una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamando al teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*).

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

- Si alguien aparte de su médico presenta la apelación a nuestra decisión en su nombre, la apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante mediante el cual autorice a esa persona a representarle. (Para conseguir el formulario, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía) y pida el formulario “Nombramiento de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>, o en nuestra página de Internet, en **www.caloptima.org/onecare**. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará la solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el cual le explicaremos su derecho a pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llamándonos al teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica?*).**
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días a** partir de la fecha del aviso por escrito que le hayamos enviado con nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para ello, es posible que le concedamos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con el plazo son si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le dimos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relativa a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud así lo requiere, pida una “apelación rápida” (puede llamarnos para hacer la solicitud)

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

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si va a apelar una decisión que hayamos tomado sobre cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted y/o su médico tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para conseguir una “apelación rápida” son los mismos que para conseguir una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Las instrucciones se explicaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud necesita una “apelación rápida”, le concederemos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a revisar atentamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobaremos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo prolongado si tardamos más días), debemos enviar su solicitud automáticamente al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el segundo nivel del proceso de apelación.

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

- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de segundo nivel.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días** después de que recibamos su apelación si se trata de la cobertura de servicios que aún no haya recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si necesitamos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que no deberíamos tardarnos 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 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo establecido anteriormente (o al final del plazo prolongado si tardamos más días), debemos enviar su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el segundo nivel del proceso de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 30 días después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, enviaremos su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de segundo nivel.

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

Paso 3: Si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que hayamos seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacer esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el segundo nivel.

Sección 6.4 Paso a paso: ¿Cómo se realiza una apelación de nivel 2?

Si denegamos su apelación de nivel 1, su caso automáticamente pasará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante el segundo nivel de apelación, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre oficial de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para desempeñar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el primer nivel, también tendrá una apelación “rápida” en el segundo nivel

- Si tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el primer nivel, recibirá automáticamente una apelación rápida en el segundo nivel. La organización de

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

revisión debe darle una respuesta a su apelación de segundo nivel en **un plazo de 72 horas** a partir de que reciba su apelación.

- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días más**.

Si tuvo una apelación “estándar” en el primer nivel, también tendrá una apelación “estándar” en el segundo nivel

- Si tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el primer nivel, recibirá automáticamente una apelación estándar en el segundo nivel. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de segundo nivel **en un plazo de 30 días** a partir de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días más**.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión acepta la totalidad o parte de su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días a partir de que recibamos la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en la que el plan reciba la decisión por parte de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza la totalidad o parte de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el tercer nivel, el monto en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe superar un valor mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, no puede volver a apelar, lo que significa que la decisión del segundo nivel es definitiva. El aviso por escrito que reciba de parte de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo saber el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

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

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea o no continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 se rechaza y cumple con los requisitos para seguir con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo está en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de segundo nivel.
- La apelación de nivel 3 la lleva un juez o árbitro de derecho administrativo. La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 6.5 ¿Qué pasa si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

Si desea pedirnos que le reembolsemos un pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de esta guía: *¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos 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 habla sobre cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

Pedir un reembolso es lo mismo que pedir una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos pide que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios ([lo que está cubierto y lo que usted paga])*). También comprobaremos si siguió todas las normas para usar su cobertura de atención médica (estas normas aparecen en el Capítulo 3 de esta guía: *¿Cómo usar la cobertura del plan para servicios médicos y otros servicios cubiertos?*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días después de recibir su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Enviar el pago equivale a aprobar su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica no está cubierta o si no siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la cual le

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

informaremos que no pagaremos los servicios y le explicaremos los motivos por los que no lo haremos. (Rechazar su solicitud de pago equivale a negar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita un pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar el pago, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3 de esta sección. Consulte esa sección para conocer las instrucciones paso a paso. Cuando siga las instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días después de que recibamos su apelación. (Si nos pide que le reembolsemos el costo de la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 30 días. Si su apelación se aprueba en cualquiera de las etapas del proceso de apelaciones después del segundo nivel, debemos enviar a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días.

SECCIÓN 7: Sus medicamentos con receta de la Parte D: ¿Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación?



¿Ya leyó la Sección 5 de este capítulo (Guía de los puntos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1 Esta sección describe qué hacer si tiene problemas para conseguir 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. Consulte la Lista de medicamentos cubiertos del plan. Para que esté cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada por motivos médicos. (Una “indicación aceptada por motivos médicos” significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por ciertas referencias bibliográficas. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones aceptadas por motivos médicos).

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

- **Esta sección trata solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, usaremos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez.
- Para obtener información sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la Lista de medicamentos cubiertos, las reglas y restricciones de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*¿Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D?*) y el Capítulo 6 (*¿Cuánto paga por sus medicamentos con receta de la Parte D?*).

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Tal como se explica en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es la decisión que tomamos respecto a sus beneficios y cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina “determinación de la cobertura” .

A continuación, mostramos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que podría pedirnos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, por ejemplo:
 - Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - Nos pide que eliminemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, pero debe obtener nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - *Tenga en cuenta* que si su farmacia le dice que no puede surtir la receta tal como está escrita, recibirá un aviso por escrito en el que se explique cómo contactarnos para pedir una decisión de cobertura.
- Nos pide que le paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura sobre el pago.

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

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 determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer esto:
¿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?	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple todas las normas o restricciones del plan necesarias (como obtener una autorización previa) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Quiere pedirnos que le reembolsemos lo que pagó por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos que le realicemos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento tal como usted quiere que se cubra o se pague?	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que lo reconsideremos). Consulte la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

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

Cuando pide una excepción, su médico u otro profesional que le haya recetado necesitan explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces tendremos en cuenta su solicitud. A continuación, mostramos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que le recete podrían pedirnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos cubiertos** (Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”).

Términos legales
Pedir la cobertura de un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una “excepción a la Lista de medicamentos” .

- Si accedemos a hacer una excepción y cubrir un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido correspondiente a los medicamentos del nivel 2 para los medicamentos de marca o del nivel 1 para los medicamentos genéricos. No puede pedir una excepción para el monto de copago o de coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Hay normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque en la Sección 4).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una “excepción a la Lista de medicamentos” .

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - Exigir utilizar 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”).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos existen restricciones sobre la cantidad que puede recibir.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico 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. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica 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 posibilidades diferentes 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.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto sucede así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 7.5 describe cómo presentar una apelación si le decimos que no.

La siguiente sección habla de cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: ¿Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción?

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere que respondamos con rapidez, debe pedirnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró.**

¿Qué hacer?

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que recete medicamentos) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestra

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

página de Internet. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D?* O si nos solicita el reembolso de un medicamento, consulte la sección llamada *A dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido.*

- **Usted o su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le reembolsemos un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de esta guía: *¿Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos?* 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 pida que le paguemos nuestra parte del costo de un medicamento que ya pagó.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”**. Su médico u otro profesional que recete deben darnos las razones médicas para la excepción del medicamento que solicite. (A esto le llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro proveedor pueden enviarnos por fax o por correo la declaración. O su médico u otro proveedor pueden decirnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo la declaración por escrito, si es necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las que se envíen a través del Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS o de la Lista de medicamentos cubiertos del plan, que está disponible en nuestra página de Internet.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” recibe el nombre de “determinación de cobertura acelerada” .

- Cuando le hagamos saber nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

horas luego de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas luego de recibir la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si solicita un *medicamento que aún no haya 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 estándares pudiera *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro profesional que recetó el medicamento nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que recetó el medicamento), decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que lo indique (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
 - Esa carta le dirá que, si su médico u otro proveedor que recete medicamentos solicitan la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le dice cómo presentar una queja “rápida”, lo cual significa que obtendrá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas tras recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.

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

- Generalmente, esto significa en las 24 horas posteriores al momento en el que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el segundo nivel de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué nos negamos. También le diremos cómo apelar.

Los plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en las 72 horas posteriores al momento en el que recibamos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el segundo nivel de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**
 - Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura** que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.

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

- Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué nos negamos. También le diremos cómo apelar.

Los plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el segundo nivel de apelación.
- Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó, también debemos hacer el pago en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud.
- Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué nos negamos. También le diremos cómo apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene el derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa solicitarnos que reconsideremos (y posiblemente que cambiemos) la decisión que tomamos.

Sección 7.5 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de primer nivel (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)?

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se conoce como una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación de primer nivel. Si su salud requiere que respondamos con rapidez, debe solicitar una “apelación rápida”.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

¿Qué hacer?

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante u otro profesional que recete medicamentos deben ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para conocer más detalles acerca de cómo ponerse en contacto con nosotros a través del teléfono, fax, correo o sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *¿Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre medicamentos con receta de la Parte D?*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación mediante una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando al teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*¿Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presente una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D?*).
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llamando al teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*¿Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presente una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D?*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las que se envíen a través del Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días** a partir de la fecha del aviso por escrito que le hayamos enviado con nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene un buen motivo para ello, es posible que le concedamos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de un buen motivo para no cumplir con el plazo son si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le dimos la información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información en su apelación y añadir más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relativa a su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación acelerada ”.

- Si va a apelar una decisión que hayamos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para conseguir una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a revisar atentamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobaremos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o su médico u otro profesional que recete medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al segundo nivel del proceso de apelaciones, en el cual será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección incluimos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el segundo nivel del proceso de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con la explicación de por qué lo rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si estamos usando los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días naturales** después de que recibamos su apelación para un

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

medicamento que no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero no **después de 7 días naturales** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con la explicación de por qué lo rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.
 - Si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no recibe una respuesta en un plazo de 14 días naturales, tenemos la obligación de enviar su solicitud al proceso de apelación de nivel 2, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre la organización de revisión y explicamos qué pasa en el nivel 2 de apelación.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, debemos enviarle el reembolso dentro de 30 días naturales después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos la totalidad o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito con la explicación de por qué lo rechazamos y cómo apelar nuestra decisión.

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

Paso 3: Si nuestra respuesta a su apelación es no, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decimos no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación.
- Si decide presentar una apelación, significa que su apelación irá hacia el nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 2?

Si decimos no a su apelación, entonces usted elige si acepta esta decisión o si continúa presentando otra apelación. Si usted decide continuar con la apelación de nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales

El nombre oficial de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones se le llama “**IRE**”.

Paso 1: Para hacer una apelación de nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro proveedor) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su apelación de nivel 1 es no, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **las instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Dichas instrucciones le indicarán quién puede presentar dicha apelación de nivel 2, los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una revisión de su apelación y le da una respuesta.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

- **La Organización de Revisión Independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que usted tiene con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones.

Plazos para la apelación “rápida” en el nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para parte o toda su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión dentro de **un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Plazos para la apelación “estándar” en el nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión le debe dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación si es para un medicamento que no ha recibido. Si está solicitando un reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proporcionar la **cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de que recibamos la decisión de parte de la organización de revisión.

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

¿Qué pasa si la respuesta de la organización con respecto a su apelación es negativa?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se le llama “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, tiene derecho a una apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando debe pasar de una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es muy bajo, no puede volver a apelar, y la decisión en el nivel 2 es definitiva. La notificación por escrito que reciba de parte de la Organización de Revisión Independiente le indicará el monto en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de nivel 2 se rechaza y cumple con los requisitos para seguir con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere pasar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide hacer una tercera apelación, la información sobre cómo hacerlo está en la notificación por escrito que recibe después de su segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 la lleva un juez o árbitro de derecho administrativo. La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8: ¿Cómo pedir que cubramos una estadía más larga para un paciente hospitalizado si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto?

Cuando sea ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre su cobertura para su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de esta guía: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

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

- El día en que sale del hospital se llama la “**fecha de su alta hospitalaria**”.
- Cuando la fecha de su alta ha sido decidida, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más larga y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo solicitarlo.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá una notificación por escrito de Medicare donde se le informa sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital cubierta, se le dará una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son ingresados en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermera) debe dárselo dentro de los dos días posteriores a su ingreso. Si usted no recibe la notificación, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). 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.

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga las preguntas pertinentes si no lo entiende. Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre otros:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo que ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ello.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

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

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**

- Usted o su representante debe firmar el aviso. (La sección 5 de este capítulo explica cómo puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Al firmar el aviso únicamente muestra que recibió la información sobre sus derechos. La notificación no da su fecha de alta (su médico o personal del hospital le informará su fecha de alta). Firmar la notificación **no significa que** esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Mantenga su copia** de la notificación firmada para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo reportar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha de alta que se le programe.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o 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. También puede verla en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 8.2 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital?

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica como paciente hospitalizado por un plazo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Pero antes de comenzar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.

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

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que entiende y sigue los plazos que aplican para lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). O llame a su programa estatal de ayuda sobre el seguro médico, una organización gubernamental que le ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta planificada es adecuada desde el punto de vista médico para usted.

Paso 1: Comuníquese a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado y pida una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe hacerlo rápido.

Una “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales en 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. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le dice cómo comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de esta guía).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta planificada.** (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted abandone el hospital).
 - Si usted cumple este plazo, se le permite permanecer en el hospital después de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

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

- Si usted no cumple este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- 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 información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Asegúrese de solicitar 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.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata” o una “revisión expedita” .

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán (o lo harán a su representante) por qué considera que los servicios de su cobertura deben seguir. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le hayan informado a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito que indica su fecha de alta planificada y donde se explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta hospitalaria en dicha fecha.

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

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina **“Notificación detallada de alta”**. Puede recibir una muestra de este aviso, al llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. (Usuarios de la línea TTY pueden 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>

Paso 3: Dentro de un plazo de un día completo después de reunir toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión aprueba su apelación, **debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos como paciente hospitalario mientras dichos servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted seguirá pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, en caso de que se apliquen). Además, puede haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si esta organización niega su apelación, quiere decir que la fecha de su alta del hospital planeada es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.**
- Si la organización de revisión niega su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces es **posible que usted tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.

Paso 4: Si se deniega su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad negó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

usted puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad negó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces usted puede presentar una apelación de nivel 2. Durante la apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

A continuación, se presentan los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si usted ha permanecido en el hospital después de la fecha en que la cobertura para la atención terminó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud de una segunda apelación, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad decidirán acerca de su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Debemos seguir brindándole cobertura por la atención como paciente hospitalizado por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura que se puedan aplicar.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Si la organización de revisión dice que no:

- Eso significa que concuerdan con la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que tiene que hacer si usted desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual está manejado por un juez o árbitro de derecho administrativo.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación y pasar al nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión niega su apelación de nivel 2, usted puede escoger entre aceptar esa decisión o continuar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez o árbitro de derecho administrativo.
- La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Usted puede apelar con nosotros en su lugar

Como se explicó en la sección 8.2, usted debe actuar con rapidez al comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Con rapidez” significa antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta programada). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación.

Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1?

Si transcurre el plazo para comunicarse con 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 normales.

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

Términos legales
A una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se le llama una “apelación acelerada” .

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para más detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, Cómo comunicarse con nosotros cuando está presentando una apelación sobre su atención médica.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “normales”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada, verificando si fue apropiada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, examinamos una vez más toda la información de su estadía hospitalaria. Comprobamos si la fecha de alta planificada es adecuada desde el punto de vista médico para usted. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debía salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En este caso, seguiremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos normales para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted acerca de que requiere permanecer en el hospital durante más tiempo, y continuaremos brindándole los servicios cubiertos como paciente hospitalario por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos. Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted haya recibido desde la fecha que nosotros establecimos que su cobertura había terminado. (Usted debe seguir pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura que se puedan aplicar).
- **Si decimos que no a su apelación rápida,** quiere decir que la fecha de su alta del hospital planeada fue adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza a partir del 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** de

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

la atención hospitalaria que recibió después de su fecha de alta planificada.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso automáticamente pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que automáticamente se avanza al nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso *alternativo* de apelación de nivel 2

Si denegamos su apelación de nivel 1, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre oficial de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a informarle a usted que su primera apelación fue denegada. (Si usted considera que no cumplimos con este u otro plazo, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para desempeñar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores en la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con la apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización aprueba su apelación**, entonces nosotros debemos reembolsarle (regresarle el dinero) de nuestra parte de los costos de atención del hospital que usted haya recibido desde la fecha de su alta médica planeada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea necesario por motivos médicos. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, esto podría limitar la cantidad que le reembolsaríamos o cuánto tiempo podríamos seguir cubriendo los servicios.
- **Si esta organización deniega su apelación**, quiere decir que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta hospitalaria planeada fue adecuada desde el punto de vista médico.
 - La notificación por escrito que reciba de parte de la Organización de Revisión Independiente le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar hacia una apelación de nivel 3, la cual está manejada por un juez o árbitro de derecho administrativo.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea ir más allá con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del nivel 2 (lo que da un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted puede decidir entre aceptar su decisión o continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 9: ¿Cómo pedirnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura terminará pronto?

Sección 9.1 Esta sección se trata de tres servicios únicamente: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un establecimiento de servicios completos de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección se trata de los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención en el hogar** que recibe actualmente.
- **Atención de enfermería especialidad** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializado”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como un paciente ambulatorio en un establecimiento de servicios completos de rehabilitación 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. (Para obtener más información sobre este tipo de establecimientos, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras esa atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluido su costo compartido y cualquier limitación a la cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de esta guía: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención médica para usted, debemos decírselo con anticipación. Cuando su cobertura de esa atención médica termina, *dejaremos de pagar nuestro costo compartido de 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.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 9.2 Le avisaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura

1. **Recibe un aviso por escrito.** Recibirá un aviso por lo menos dos días antes de que nuestro plan vaya a dejar de cubrir su atención médica.
 - El aviso por escrito le dice la fecha en que dejaremos de cubrir la atención médica para usted.
 - El aviso por escrito también le dice qué puede hacer si quiere pedir a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo terminar su atención y mantener la cobertura por un plazo más largo.

Términos legales
Al decirle lo que puede hacer, el aviso por escrito le dice cómo puede solicitar una "apelación acelerada" . Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de la cobertura sobre cuándo terminar su atención médica. (La Sección 9.3 a continuación le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada).
Al aviso por escrito se le llama el "Aviso de no cobertura de Medicare" . Para recibir una muestra de este aviso, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deberán llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html .

2. **Debe firmar el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.**
 - Usted o su representante debe firmar el aviso. (La Sección 5 explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Al firmar el aviso *únicamente* muestra que recibió la información sobre cuándo terminará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan acerca de que es momento de dejar de recibir la atención médica.

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

Sección 9.3 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 1 para hacer que nuestro plan cubra su atención por más tiempo?

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica por un periodo más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Pero antes de comenzar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **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 11 de este capítulo 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 (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de esta guía). O llame a su programa estatal de ayuda sobre el seguro médico, una organización gubernamental que le ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión que nuestro plan tomó.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: Comuníquese a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y pida una revisión. Debe hacerlo rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos revisan la calidad de la atención que las personas con Medicare reciben y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de terminar la cobertura de determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió le dice cómo comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de esta guía).

¿Qué debo solicitar?

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

- Pida una “apelación acelerada” (para hacer una revisión independiente) a la organización sobre si es adecuado desde el punto de vista médico que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar la apelación *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 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 9.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una revisión independiente de su caso.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (les llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán (o lo harán a su representante) por qué considera que los servicios de su cobertura deben seguir. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya dado.
- Al final del día los revisores nos habrán informado sobre su apelación y también recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se le explica a detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
A este aviso de explicación se le llama “Explicación detallada de la decisión de no cubrir servicios”.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le harán saber su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aprueban su apelación?

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

- Si los revisores aprueban su apelación, entonces **debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos mientras sea necesario por motivos médicos.**
- Usted seguirá pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, en caso de que se apliquen). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de esta guía).

¿Qué pasa si los revisores niegan su apelación?

- Si los revisores deniegan su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le habíamos dado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha que menciona el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo la atención médica en el hogar o 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.

Paso 4: Si se deniega su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores deniegan su apelación de nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo la atención después de que la cobertura de su atención terminó, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación de nivel 2 para hacer que nuestro plan cubra su atención por más tiempo?

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted decide seguir recibiendo la atención después de que la cobertura de su atención terminó, entonces puede presentar una apelación de nivel 2. Durante la apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica en el hogar o 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.

A continuación, se presentan los pasos del nivel 2 del proceso de apelación:

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y pida otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su apelación nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si usted continúa recibiendo la atención después de la fecha en que la cobertura para la atención terminó.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán acerca de su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización aprueba su apelación?

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que usted haya recibido desde la fecha en que nosotros establecimos que su cobertura había terminado. **Debemos seguir brindándole cobertura** por la atención por tanto tiempo como sea necesario por motivos médicos.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura que se puedan aplicar.

¿Qué pasa si la organización no aprueba su apelación?

- Eso significa que concuerdan con la decisión que tomamos en la apelación nivel 1 y que no la cambiarán.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que tiene que hacer si usted desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar al siguiente nivel de apelación, el cual está manejado por un juez o árbitro de derecho administrativo.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores le rechazan en el nivel 2, usted puede escoger entre aceptar esa decisión o continuar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez o árbitro de derecho administrativo.
- La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Sección 9.5 ¿Qué pasa si transcurre el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

Usted puede apelar con nosotros en su lugar

Como se explicó en la sección 9.3, usted debe actuar con rapidez al contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si pierde el plazo para contactar a la organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si usted usa esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: ¿Cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1?

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 normales.

Aquí están los pasos para una apelación alternativa de nivel 1:

Términos legales
A una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se le llama una “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para más detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *¿Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica?*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “normales”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinamos una vez más toda la información de su caso. Verificamos que se hayan seguido todas las reglas cuando fijamos la fecha para la terminación de la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.
- Seguiremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos normales para darle una respuesta a esta revisión.

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

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que usted solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aprobamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted acerca de que requiere servicio durante más tiempo, y continuaremos brindándole servicios de cobertura por todo el tiempo que sea necesario por motivos médicos. Nosotros debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención que usted haya recibido desde la fecha que nosotros establecimos que su cobertura había terminado. (Usted debe seguir pagando su parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura que se puedan aplicar).
- **Si denegamos su apelación rápida**, entonces, su cobertura habrá terminado en la fecha que establecimos y no pagaremos ninguno de los costos después de esa fecha.
- Si usted continuó recibiendo cuidados en el hogar o en un centro de enfermería especializada o de un establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que establecimos que su cobertura terminaría, entonces **usted mismo tendrá que pagar el costo completo** de estos servicios.

Paso 4: Si denegamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las reglas cuando denegamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que *automáticamente* se avanza al nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso alternativo de apelación de nivel 2

Si denegamos su apelación de nivel 1, su caso automáticamente pasará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando denegamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre oficial de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones se le llama “ IRE ”.

Paso 1: Automáticamente enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas posteriores a informarle a usted que su primera apelación fue denegada. (Si usted considera que no cumplimos con este u otro plazo, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente al proceso de apelación. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está asociada con nuestro plan y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para desempeñar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización aprueba su apelación,** entonces nosotros debemos reembolsarle (regresarle el dinero) nuestra parte de los costos de atención que usted haya recibido desde la fecha cuando nosotros establecimos que su cobertura terminaba. También debemos seguir brindándole cobertura por la atención por tanto tiempo como sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, esto podría limitar la cantidad que le reembolsaríamos o cuánto tiempo podríamos seguir cubriendo los servicios.
- **Si esta organización dice no a su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que hizo nuestro plan para su primera apelación y no se va a modificar.
- La notificación por escrito que reciba de parte de la Organización de Revisión Independiente le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles de cómo continuar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea ir más allá con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores dicen no a su apelación de nivel 2, usted puede escoger entre aceptar esa decisión o continuar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, su apelación es revisada por un juez o árbitro de derecho administrativo.
- La Sección 10 de este capítulo le explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

SECCIÓN 10: Llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por servicios médicos

Esta sección es apropiada para usted si ya ha hecho una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del artículo o del servicio médico en dólares que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, podrá seguir con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, ya no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito a su apelación de nivel 2 que reciba le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles funcionan casi de la misma manera. Aquí se le indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez o árbitro de derecho administrativo que trabaja en el gobierno federal recibirá su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le llama “Juez de Derecho Administrativo”.

- **Si el juez de o árbitro de derecho administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación *puede o no* terminarse;** nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 4. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los siguientes 60 días naturales después de recibir la determinación del juez o árbitro de derecho administrativo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le mandaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con cualquier documento adicional. Tal vez esperaremos la determinación de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en disputa.
- **Si el juez o árbitro de derecho administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede o no* terminarse.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación se termina.

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

- Si *no* quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez o árbitro de derecho administrativo deniega su apelación, el aviso que recibirá le dirá qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4: El **Consejo para la Resolución de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de nivel 3, el proceso de apelación *puede o no terminarse*; nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en nivel 5.** A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio dentro de los siguientes 60 días naturales después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no terminarse*.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten continuar a la apelación de nivel 5. Si las reglas permiten que continúe al próximo nivel, el aviso por escrito también le explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez del **tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Éste es el último paso del proceso de apelación.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones por medicamentos de la Parte D

Esta sección es apropiada para usted si ya ha hecho una apelación de nivel 1 y de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado cumple cierto monto en dólares, podrá seguir con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba con respecto a su apelación de nivel 2, le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles funcionan casi de la misma manera. Aquí se le indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3: Un juez o árbitro de derecho administrativo que trabaja en el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Lo que solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** aprobada por el juez o árbitro de derecho administrativo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o procesar el pago a más tardar 30 días naturales** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* terminarse.**
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez o árbitro de derecho administrativo deniega su apelación, el aviso que recibirá le dirá qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 4: El Consejo para la Resolución de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Lo que solicitó en la apelación fue aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o procesar el pago a más tardar 30 días naturales** después de que recibamos la decisión.

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

- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* terminarse.
 - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación se termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las reglas le permiten continuar a la apelación de nivel 5. Si las reglas permiten que continúe al próximo nivel, el aviso por escrito también le explicará con quién tiene que comunicarse y qué hacer si quiere continuar con el proceso de apelación.

Apelación de nivel 5: Un juez del **tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 ¿Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempo de espera, atención al cliente u otras inquietudes?



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con los beneficios, cobertura o pago, entonces esta sección no es para usted. En vez de eso, lo que necesita hacer es seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se pueden resolver a través del proceso de presentación y resolución de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. Se utiliza el proceso de quejas *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, el tiempo de espera y el nivel de atención al cliente que recibe. A continuación, se le dan ejemplos de los varios tipos de problemas que se pueden resolver a través del proceso de presentación y resolución de quejas.

Si tiene cualquiera sobre los siguientes problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Ejemplo
Calidad del servicio médico que recibe	● ¿Está insatisfecho con la calidad de atención médica que ha recibido (incluyendo atención hospitalaria)?

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

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

Queja	Ejemplo
Respeto a su privacidad	• ¿Considera que alguien violó su derecho de privacidad o que reveló información sobre usted que considera confidencial?
Falta de respeto, bajo nivel de atención al cliente u otros tipos de conducta negativa	• ¿Lo han tratado de manera grosera o le han faltado al respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que el Departamento de Servicios para Miembros lo ha tratado? • ¿Considera que se le está presionando para cancelar su afiliación?
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? ¿Incluyendo el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? ◦ Algunos ejemplos incluyen esperar mucho tiempo en el teléfono, en la sala de espera, para obtener un medicamento recetado o en el consultorio médico.
Estado de limpieza	• ¿No está satisfecho con el estado sanitario o el estado general de una clínica, hospital o consultorio?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Considera que no le hemos dado un aviso que requería recibir? • ¿Considera que la información que le proporcionamos es demasiado difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas tienen que ver con la puntualidad para procesar decisiones de cobertura y apelaciones por nuestra parte)	Se explica el proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe utilizar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo con suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre la demora en darle una respuesta. Estos son algunos ejemplos: • Si ha solicitado que se le dé una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y se la hemos denegado, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y resulta que tendremos que cubrir o reembolsarle los costos de ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja. • En caso de no hacerle saber una decisión a tiempo, se nos requiere que le enviemos su caso a la Organización Revisora Independiente. Si no lo hacemos cumpliendo la fecha límite, usted puede presentar una queja

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 11.2 El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar una reclamación”

Términos legales
• Lo que en esta sección se llama “queja” también se llama “reclamación”. • Otro término para “presentar una queja” es “presentar una reclamación”. • Otra manera de decir “usar el procedimiento para quejas” es “usar el procedimiento para presentar una reclamación”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Generalmente el primer paso es llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hubiera algo más que usted deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo dirá. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412- 2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.
- **Si no desea hacer una llamada (o llamó y no quedó satisfecho), puede poner una queja por escrito y hacérsela llegar.** Si pone su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Si tiene una queja, usted o su representante puede enviar una carta o llenar una solicitud de reclamación y apelación y enviarla a:
OneCare Grievance and Appeals Resolution Services
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
 - Después de haber recibido su reclamación, OneCare se encargará de enviarle una notificación en un plazo de cinco (5) días después de haber recibido su queja, con el nombre y el teléfono del Especialista en Resoluciones que estará a cargo de su reclamación.

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

- Se le enviará una carta con la resolución por escrito en un plazo de treinta (30) días una vez que el plan tome una decisión con respecto a su reclamación. Cualquier problema de calidad en la atención también se incluirá en su carta de resolución de la reclamación junto con información de contacto de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. Atenderemos su reclamación tan pronto como su caso lo requiera, de acuerdo con su estado de salud, pero no tardará más de treinta (30) días después de la fecha en que su reclamación se haya recibido. Puede solicitar una revisión acelerada de su reclamación llamando gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana, (usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**), cuando se relacione con las siguientes acciones de OneCare:
 - Recibe una notificación de que OneCare ha hecho una extensión de plazo de 14 días en el tiempo necesario para tomar una decisión sobre una solicitud de servicio rutinario o acelerado o sobre una apelación de una decisión inicial de rutina o acelerada.
 - Recibe un aviso de que OneCare ha decidido no procesar una apelación de una solicitud de servicio como expedita o rápida y que se resolverá en el tiempo de procesamiento de referencia estándar para la toma de decisiones.
- **Ya sea que llame o nos escriba, debe comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** La queja debe hacerse dentro de los primeros 60 días subsecuentes al problema que tuvo y por el cual presenta su queja.
- **Si presenta una queja porque se le deniega su solicitud sobre una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una queja “rápida”.** Si le respondemos con una queja “rápida”, obtendrá una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales
Lo que en esta sección se llama “ queja rápida ” también se llama “ reclamación expedita ”.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama para presentar una queja, podremos darle una respuesta durante esa misma llamada. Si su condición médica requiere una respuesta rápida, se la daremos.

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

- **La mayoría de las quejas se resuelven en 30 días.** En caso de que necesitemos más información y nuestro atraso sea de buena fe o usted requiera más tiempo, podemos extender el plazo 14 días más (en total 44 días), para darle una respuesta a su queja. Si necesitamos más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja, o no nos hacemos responsables del problema del que se queja, se lo haremos saber. Nuestra respuesta incluirá las razones de nuestra decisión. Debemos responderle tanto si estamos de acuerdo como si no lo estamos.

Sección 11.4 También puede quejarse de la calidad de la atención con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió con nosotros siguiendo el procedimiento paso a paso descrito con anterioridad.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene dos opciones más:

- **Quejarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** O si lo prefiere, puede quejarse sobre la calidad del servicio que recibió directamente con esta organización *sin* presentar su queja con nosotros.
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de doctores y expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal a fin de mejorar la atención que se les da a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4, de esta guía. Si se queja con esta organización, trabajaremos en conjunto con ellos para darle una respuesta a su queja.
- **O puede quejarse ante las dos instancias simultáneamente.** Si lo desea, puede presentar una queja sobre el servicio de atención con nosotros y al mismo tiempo con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre *OneCare* directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite 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 algún comentario o preocupación, o si esta información no le ha sido de utilidad para resolver su problema, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

**PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDI-CAL
(MEDICAID)**

**SECCIÓN 12: Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de
Medi-Cal (Medicaid)**

Al ser miembro de OneCare, usted también tiene derecho a presentar una queja por los servicios que recibió a través del programa de Medi-Cal (Medicaid). Cualquier queja relacionada con los servicios o beneficios que brinda Medi-Cal (Medicaid), incluidos los servicios de enfermería y ciertos artículos médicos, como artículos para incontinencia, puede dirigirse al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare (la información de contacto está en la cubierta posterior de esta guía). O puede escribirnos a:

Grievance and Appeals Resolution Services,
505 City Parkway West,
Orange, CA 92868

La Oficina del mediador en asuntos de interés público de atención administrada de Medi-Cal ayuda a las personas inscritas en Medi-Cal (Medicaid) con los problemas de servicio o de facturación. Pueden ayudarle a presentar una reclamación o apelación ante nuestro plan.

Oficina del mediador en asuntos de interés público de atención administrada de Medi-Cal	
LLAME AL	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Hora Estándar del Pacífico (PST), no atendemos días festivos
TDD/TTY	1-800-735-2929 (Servicio de Retransmisión de California)
PÁGINA DE INTERNET	http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

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

Presentar una queja con el Departamento de Servicios Sociales de California

Al ser miembro de Medi-Cal (Medicaid), puede solicitar una audiencia estatal después de presentar una apelación solo sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid) con CalOptima poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios Sociales de California (DSS), al 1-800-925-5253 en un plazo de 120 días a partir de la decisión de la apelación. Una audiencia es un procedimiento administrativo en el que usted (o su representante autorizado) puede presentar su inquietud directamente al Juez de Derecho Administrativo del Estado de California. El DSS puede ayudarle a obtener un abogado de ayuda legal, sin costo para usted, para ayudarle con su audiencia. Para solicitar una audiencia estatal, también puede escribir a:

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, M.S. 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1: Introducción	250
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en cómo cancelar su membresía en nuestro plan	250
SECCIÓN 2: ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	250
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medi-Cal (Medicaid).	250
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo anual de inscripción	252
Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	253
Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial	253
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	255
SECCIÓN 3: ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	255
Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan.	255
SECCIÓN 4: Hasta que se cancele su membresía, usted deberá seguir recibiendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan.	258
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, usted continuará siendo miembro de nuestro plan.	258
SECCIÓN 5: OneCare deberá cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.	258
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?	258
Sección 5.2 <u>No podemos</u> pedirle que cancele su membresía en nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	260
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.	260

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1: Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía de OneCare puede ser **voluntario** (porque usted así lo decida) o **no voluntario** (sin que usted así lo decida):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
 - Existen ciertas temporadas del año cuando puede, o en circunstancias limitadas, darse de baja del plan de manera voluntaria. La Sección 2 le informa cuándo puede darse de baja del plan. La Sección 2 también le informa sobre los tipos de planes a los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía en función del tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le indica cómo cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige retirarse, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa acerca de situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a abandonar nuestro plan, debe seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2: ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solamente durante ciertas temporadas del año, conocidos como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunas situaciones, es posible que también sea elegible para dejar el plan en otros periodos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía únicamente durante ciertas temporadas del año. Si usted tiene Medi-Cal (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes periodos especiales de inscripción:

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- de enero a marzo
- de abril a junio
- de julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos periodos, deberá esperar hasta el próximo periodo para cancelar su membresía o cambiarse a otro plan. No podrá usar el periodo especial de inscripción para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre, durante el periodo anual de inscripción. En la Sección 2.2, encontrará más información sobre el periodo anual de inscripción.

Aviso: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Plan Original de Medicare *con* un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare.
 - 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.

Aviso: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta “acreditable”, durante un periodo ininterrumpido de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare después. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare).

Póngase en contacto con su Oficina Estatal de Medi-Cal (Medicaid) para conocer sus opciones acerca del plan Medi-Cal (Medicaid) (los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 6 de esta guía).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el periodo anual de inscripción

Puede cancelar su membresía durante el periodo anual de inscripción (también conocido como el “periodo de inscripción abierta anual”). Este es el momento para revisar su cobertura de salud y medicamentos y decidir qué cobertura desea para el próximo año.

- **¿Cuándo es el periodo anual de inscripción?** Se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el periodo anual de inscripción?** Puede elegir mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra);
 - el Plan Original de Medicare *con* un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare; o
 - el Plan Original de Medicare *sin* un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: 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 no haya optado por la inscripción automática.

Aviso: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y sigue sin la cobertura acreditada de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditada” significa la cobertura que se espera pagar, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando comience su nueva cobertura del plan, el 1 de enero.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar un cambio en su cobertura de salud durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage.

- **¿Cuándo es el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Se lleva a cabo cada año, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este periodo, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través del Plan Original de Medicare. Si elige cambiarse al Plan Original de Medicare durante este periodo, tendrá hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare, para incorporar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes siguiente al que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud para cambiarse al Plan Original de Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial

Es posible que, en ciertas situaciones, pueda ser elegible para cancelar su membresía durante otras temporadas del año. Esto se conoce como **periodo de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un periodo de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial. Estos son solo algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - por lo general, cuando se muda;
 - si tiene Medi-Cal (Medicaid);

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- si es elegible para recibir “ayuda adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare;
- si no cumplimos el contrato que tenemos con usted;
- si recibe atención en una institución, como un hogar para personas mayores o un hospital para cuidado a largo plazo (long-term care, LTC);
- si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Aviso: La Sección 2.2 le brinda más información sobre el periodo de inscripción especial para las personas con Medi-Cal (Medicaid).

- **¿Cuándo son los periodos de inscripción especial?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si reúne los requisitos para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare 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. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos con receta o uno que no los cubra);
 - el Plan Original de Medicare *con* un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare; o
 - el Plan Original de Medicare *sin* un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: 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 no haya optado por la inscripción automática.

Aviso: Si cancela la inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y sigue sin la cobertura acreditada de medicamentos con receta durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditada” significa la cobertura que se espera pagar, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Consulte

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará, por lo general, el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiarse de plan.

Aviso: La Sección 2.1 y la Sección 2.2 le brindan más información sobre el periodo de inscripción especial para las personas con Medi-Cal (Medicaid) y sobre la ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).
- Puede encontrar la información en la guía de **Medicare y Usted 2019**.
 - Toda persona con Medicare recibe una copia de Medicare y Usted en otoño. Los de recién ingreso a Medicare la reciben en el lapso de un mes a partir de su inscripción inicial.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O, puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede llamar a **Medicare** 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.

SECCIÓN 3: ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan

Regularmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente inscribese en otro plan Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro Plan Original de Medicare, pero no ha elegido un plan de medicamentos con receta de Medicare, deberá solicitar su baja de nuestro plan. Existen dos maneras de solicitar su baja:

- Puede hacer su solicitud por escrito. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacerlo (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- --o-- Puede llamar a Medicare 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.

La tabla de abajo explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de <i>OneCare</i>.
Plan Original de Medicare <i>con</i> un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare.	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, automáticamente será dado de baja de <i>OneCare</i>.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Plan Original de Medicare <i>sin</i> un plan adicional de medicamentos con receta de Medicare. - 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. - Si se da de baja de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta “acreditable”, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare después.	Envíenos su solicitud de baja por escrito. Comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacerlo (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía). - También puede llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicitar su baja. Usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Cuando empiece la cobertura del Plan Original de Medicare, automáticamente será dado de baja de OneCare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medi-Cal (Medicaid), llame a la Oficina del mediador público de Medi-Cal (Medicaid), gratuitamente al 1-888-452-8609. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

También puede llamar a Servicios Sociales del Condado de Orange gratuitamente al 1-800-281-9799. Usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-735-2929**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 5:30 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar al Plan Original de Medicare afecta la manera en que recibe su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 4: Hasta que se cancele su membresía, usted deberá seguir recibiendo su atención médica y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, usted continuará siendo miembro de nuestro plan

Si usted se da de baja de OneCare, es posible que tome algún tiempo cancelar su membresía y que su nueva cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información acerca de cuándo comienza su membresía). Durante ese tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Deberá continuar usando nuestras farmacias de la red para recibir sus medicamentos con receta hasta que se cancele su membresía en nuestro plan.** Regularmente, sus medicamentos con receta solamente quedarán cubiertos si se suministran a través de nuestras farmacias de la red.
- **Si usted es hospitalizado el día que finalice su membresía, su estadía hospitalaria será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta médica** (aún si recibe su alta médica después del comienzo de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5: OneCare deberá cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

OneCare deberá cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para Medi-Cal (Medicaid). Como se establece en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles para Medicare y Medi-Cal (Medicaid).
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si usted permanece fuera del área de servicio durante más de seis meses.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- 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 cobertura de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están en la cubierta posterior de esta guía).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no reside en los Estados Unidos legalmente.
- Si usted miente u oculta información acerca de otro seguro con que cuente, que ofrezca cobertura de medicamentos con receta.
- Si usted intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (Nosotros no podemos obligarlo a salir de nuestro plan por esa razón, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si usted continuamente se comporta de una manera que es disruptiva y nos dificulta proporcionarle atención médica a usted o a otros miembros de nuestro plan. (Nosotros no podemos obligarlo a salir de nuestro plan por esa razón, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (Nosotros no podemos obligarlo a salir de nuestro plan por esa razón, a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía debido a esa razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si a usted se le solicita pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no la cubre, Medicare le dará de baja de nuestro plan.

¿Dónde puede encontrar información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están en la cubierta posterior de esta guía).

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su membresía en nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No se permite a OneCare pedirle que cancele nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer usted si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que cancele su membresía de OneCare por motivos relacionados con su estado de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si nosotros cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito nuestras razones para cancelar su membresía. También estamos obligados a explicarle cómo puede hacer una reclamación o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1: Aviso sobre la ley aplicable	263
SECCIÓN 2: Aviso sobre la no discriminación.....	263
SECCIÓN 3: Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare para pagadores secundarios	263

SECCIÓN 1: Aviso sobre la ley aplicable

Varias leyes se aplican a esta *Evidencia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales se pueden aplicar porque son requeridas por la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun si no se incluyen o se explican dichas leyes en el presente documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos correspondientes, promulgados bajo dicha ley por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Adicionalmente, otras leyes federales pueden ser aplicables, así como, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en que usted vive.

SECCIÓN 2: Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, género, edad, discapacidad mental o física, condición de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia asegurable o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Razones de Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

SECCIÓN 3: Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare para pagadores secundarios

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a las normas de CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), OneCare, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los CMS en los incisos B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en dicha sección sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro ambulatorio quirúrgico – Un centro ambulatorio quirúrgico es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que no estén en el centro más de 24 horas.

Apelación – Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de servicios médicos o medicamentos con receta o el pago por servicios o medicamentos con receta que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de OneCare de terminar los servicios que recibe actualmente. Por ejemplo, puede presentar una apelación si nosotros no pagamos por algún medicamento, artículo o servicio que usted cree que debe recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones en más detalle, incluido el proceso para presentar una apelación.

Periodo de beneficios – La manera en que ambos OneCare y el Plan Original de Medicare miden el uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que es internado en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (o cuidado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada después de que termine un periodo de beneficios, comenzará otro periodo de beneficios. No hay un número límite de periodos de beneficios.

Medicamento de marca – Un medicamento con receta que fabrica y vende el laboratorio farmacéutico que originalmente investigó y desarrolló el mismo. El medicamento de marca tiene el mismo ingrediente activo que su correspondiente medicamento genérico. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes farmacéuticos y normalmente no están disponibles hasta que se haya vencido la patente del medicamento original.

Nivel de cobertura catastrófica – El nivel del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en la que usted no paga ningún copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted o algún tercero calificado en nombre de usted hayan pagado \$5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare. El capítulo 2 explica cómo contactar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Coseguro – Una cantidad que probablemente se le pida que pague como su parte del costo por los servicios o medicamentos con receta. El coseguro por lo general es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja – El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una reclamación”. Se utiliza el proceso de quejas *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, el tiempo de espera y el nivel de atención al cliente que recibe. Ver también “Reclamación”, en esta lista de definiciones.

Establecimiento de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, que incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.

Copago – Una cantidad que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o artículo médico, como una visita al médico, visita ambulatoria al hospital o un medicamento con receta. Un copago es una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Costo compartido – Costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando se reciben los servicios o los medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan puede imponer antes de que los servicios o medicamentos sean cubiertos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de “coseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Se puede aplicar una “tarifa de costo compartido diaria” cuando su médico le receta menos de un suministro para todo un mes de ciertos medicamentos y usted está obligado a hacer un copago.

Nivel de costo compartido – Cualquier medicamento en la Lista de los medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 2 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, mayor es el costo que usted tiene que pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento con receta para usted está cubierto por el plan y la cantidad, en caso de que la haya, que a usted debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. A las determinaciones de cobertura se les llama “decisiones de cobertura” en esta guía. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos – Es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos – Es el término general que usamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y artículos médicos que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura equivalente de medicamentos con receta – Cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que en promedio se espera que pague al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas con este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la Cobertura de medicamentos con receta de Medicare que se define más adelante.

Ayuda doméstica – La ayuda doméstica es cuidado personal que se proporciona en un hogar para personas mayores, en un centro de atención paliativa u otro establecimiento cuando usted no requiere atención médica o servicios de enfermería especializadas. La ayuda doméstica es el cuidado personal que puede ser proporcionado por personas que no necesitan tener habilidades o capacitación profesional, como ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, meterse o salir de la cama o sentarse o levantarse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de la gente hace por sí misma, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la ayuda doméstica.

Tarifa de costo compartido diaria – Se puede aplicar una “tarifa de costo compartido diaria” cuando su médico le receta menos de un suministro para todo un mes de ciertos medicamentos y usted está obligado a hacer un copago. Una tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. Este es un ejemplo: si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa de costo compartido diaria” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada suministro diario al surtir su receta.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por la atención médica o sus medicamentos con receta antes de que su plan comience a pagar.

Darse de baja o Cancelar su membresía – Es el proceso de dar por terminada su membresía en nuestro plan. El proceso para cancelar su membresía puede ser voluntario (porque usted así lo decida) o no voluntario (sin que usted así lo decida).

Cargo por suministro – Un cargo que se hace cada vez que se surte un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. El cargo por suministro cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento con receta.

Persona con doble elegibilidad – Una persona que califica para recibir la cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME) – Cierta equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Por ejemplo, andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para utilizar en el hogar.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona no experta, pero con conocimiento promedio de salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o el funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia – Servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación – Este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan (una excepción a la Lista de medicamentos), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción de la Lista de medicamentos).

Ayuda adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico – Un medicamento con receta que es aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamación – Un tipo de queja que hace de nosotros o farmacias de la red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas de pago o cobertura.

Asistente de salud en el hogar – Un asistente de salud en el hogar proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, 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.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Atención paliativa – Un miembro que tiene 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un centro de atención paliativa. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de atención paliativa en su área geográfica. Si elige un centro de atención paliativa y sigue pagando las primas, usted sigue siendo un miembro de nuestro plan. Usted todavía puede obtener todos los servicios necesarios por motivos médicos, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de atención paliativa proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Estadía para paciente hospitalizado – Es una estadía en el hospital cuando lo hayan ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece una noche en el hospital, se le puede considerar “paciente ambulatorio”.

Cantidad de ajuste mensual por ingresos (IRMAA) – Si su ingreso está por arriba de un cierto límite, usted pagará una cantidad de ajuste mensual por ingresos, además de su prima del plan. Por ejemplo, los individuos con un ingreso mayor de \$85,000 y las parejas casadas con un ingreso mayor de \$170,000 deben pagar una Parte B de Medicare más alta (seguro médico) y una cantidad por la prima de cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta cantidad adicional se llama la cantidad de ajuste mensual por ingresos. Menos del 5% de las personas con Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de las personas no va a pagar una prima más alta.

Límite de cobertura inicial – El límite máximo de cobertura según el nivel de cobertura inicial.

Nivel de cobertura inicial – Éste es el nivel antes de que sus costos personales durante el año hayan alcanzado \$3,820.

Periodo de inscripción inicial – Cuando usted es elegible por primera vez para recibir Medicare, el periodo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para recibir Medicare cuando cumpla 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65.

Plan institucional para personas con necesidades especiales (SNP) – Un plan para personas con necesidades especiales que inscribe individuos elegibles que continuamente residen o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); un centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para las personas con deficiencia mental (ICF/MR); o un centro para pacientes de atención psiquiátrica. Un plan institucional para personas con necesidades especiales que da servicio a los residentes de un centro de LTC de Medicare debe contar con arreglos contractuales con (o que pertenecen a y son operados por) el (los) centro(s) de LTC específico(s).

Plan institucional equivalente para personas con necesidades especiales (SNP) – Es un plan institucional para personas con necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel institucional de atención basado en la evaluación del Estado. La evaluación se debe realizar mediante la misma herramienta de evaluación del nivel de atención del Estado respectiva y se debe administrar por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para personas con necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario garantizar que se dé una atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (“Lista de medicamentos”) – Una Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de la Lista de medicamentos son seleccionados por el plan con ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) – Ver “Ayuda adicional”.

Cantidad máxima de costos personales – Lo máximo que usted paga de costos personales durante el año civil por los servicios cubiertos. Las cantidades que paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y sus medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de costos personales. Además de la cantidad máxima de costos personales por los servicios médicos cubiertos, también tenemos una cantidad máxima de costos personales para ciertos tipos de servicios. (Aviso: Debido a que los afiliados también reciben ayuda de Medi-Cal [Medicaid], muy pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de costos personales). Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información sobre su cantidad máxima de costos personales.

Medi-Cal (Medicaid) (o asistencia médica) – Es un programa federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los gastos médicos. Los programas de Medi-Cal (Medicaid) varían de estado a estado, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica para recibir Medicare y Medi-Cal (Medicaid). Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo contactar a Medi-Cal (Medicaid) en su estado.

Indicación aceptada por motivos médicos – Es el consumo de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para más información sobre la indicación aceptada por motivos médicos.

Necesario por motivos médicos – Son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

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, un plan de Programas de Atención Médica Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA) – En ocasiones llamado “Parte C de Medicare”, es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicios (PFFS) o un plan de Medicare con Cuenta de Ahorros para Servicios Médicos (MSA). Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del plan y no se pagan conforme al Plan Original de Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en el área, excepto gente con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de descuento durante el nivel de intervalo de cobertura de Medicare – Es un programa que proporciona descuentos en la mayor parte de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado el nivel de intervalo de cobertura y que no se encuentran ya recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

Servicios cubiertos de Medicare – Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare – Es un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas de demostración/piloto y los programas de atención integral para las personas de la tercera edad (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Póliza “Medigap” (seguro médico suplementario de Medicare) – Es un seguro médico suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “intervalos” en Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el Plan Original de Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan, o “miembro del plan”) – Es una persona que cuenta con Medicare y que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros – Es un departamento dentro de nuestro plan responsable por responder sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red – “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores participantes de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores participantes de la red según los contratos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. A los proveedores participantes de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Determinación de la organización – El plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando se toma una decisión sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. A las determinaciones de la organización se les llama “decisiones de cobertura” en este guía. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Plan Original de Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare de “Pago por Servicio”) – El Plan Original de Medicare lo ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En el Plan Original de Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por los pagos establecidos por el Congreso que se hacen a los médicos, hospitales y otros proveedores médicos. Usted puede ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. El Plan Original de Medicare tiene dos

partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red – Una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o establecimiento médico fuera de la red – Un proveedor o un establecimiento médico con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores no participantes son proveedores que no están contratados, no pertenecen, ni funcionan con nuestro plan o que no tienen un contrato para ofrecerle servicios cubiertos. El uso de proveedores o de establecimientos no participantes se explica en esta guía en el Capítulo 3.

Costos personales – Ver la definición anterior de “costo compartido”. Es el requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos; también se conoce como requisito de “costo personal” del miembro.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de la tercera edad) combina servicios de asistencia médica, social y de largo plazo (LTC) para personas de salud frágil para ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para personas mayores), siempre y cuando sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medi-Cal (Medicaid) por medio del plan.

Parte C – Ver “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D – Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para facilitar la consulta, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como “Parte D”).

Medicamentos de la Parte D – Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su Lista de medicamentos cubiertos para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – Una cantidad agregada a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período consecutivo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta, siempre y cuando tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, en caso de recibir “ayuda adicional” de parte de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos con receta, no deberá pagar una multa por inscripción tardía.

Si en algún momento pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento no mantuvo su cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un Plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por una cantidad de pago específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan sin importar si son proporcionados por proveedores participantes de la red o proveedores no participantes. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando se reciben los beneficios del plan de parte de proveedores no participantes. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos personales por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior en el total de costos personales combinados por los servicios, tanto de proveedores de la red (preferidos) o proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de atención médica para la cobertura de la atención médica o de los medicamentos con receta.

Médico general (PCP) – Su médico general es el médico u otro proveedor al que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Él o ella se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Él o ella 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 médico general antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información sobre médicos generales.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestra Lista de medicamentos cubiertos. Algunos de los servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Lista de medicamentos cubiertos.

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, incluidos 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 expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal a fin de verificar y mejorar la atención que se les proporciona a los pacientes de Medicare. Consulte el

Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo contactar a la QIO en su estado.

Límites de cantidad – Es una herramienta de administración diseñada para limitar el consumo de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo definido.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, del habla y lenguaje, y terapia ocupacional.

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). El plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

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 que solamente pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Plan de necesidades especiales – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medi-Cal (Medicaid), quienes residen en un hogar para personas mayores o quienes tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia por etapas – Una herramienta de utilización en la que primero tiene que probar con otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

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.

Servicios de cuidado urgente – Los servicios de cuidado urgente se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no sea de emergencia, y que requiera atención médica inmediata. Los servicios de cuidado urgente pueden ser proporcionados por proveedores participantes de la red, o proveedores no participantes cuando los proveedores participantes de la red no están disponibles o no se tiene acceso a ellos temporalmente.

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Departamento de Servicios para Miembros de OneCare

Método	Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAME AL	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros las 24 horas al día, los 7 días de la semana, o visite nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratis, disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
FAX	1-714-246-8711
ESCRIBA A	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
PÁGINA DE INTERNET	www.caloptima.org/onecare

Evidencia de Cobertura de OneCare (HMO SNP) 2019

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO Y ASESORAMIENTO SOBRE EL SEGURO MÉDICO (PROGRAMA DE SEGUROS DE SALUD DEL ESTADO DE CALIFORNIA)

El Programa de Servicios de Apoyo y Asesoramiento sobre el Seguro Médico (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría local y gratuita en seguros médicos para las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-714-560-0424 (únicamente llamadas al interior del estado)
TTY	1-800-735-2929 Servicio de Retransmisión de California Este número requiere equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Retransmisión de California opera las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	The Council on Aging Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
PÁGINA DE INTERNET	www.coaoc.org

Declaración de divulgación del PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este documento, favor de escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

OneCare Customer Service

Method	Customer Service – Contact Information
CALL	1-877-412-2734 Calls to this number are free. You can call Customer Service 24 hours a day, 7 days a week. Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
TTY	1-800-735-2929 Calls to this number are free. You can call Customer Service 24 hours a day, 7 days a week.
FAX	1-714-246-8711
WRITE	OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
WEBSITE	www.caloptima.org/onecare

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (California's State Health Insurance Program)

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) is a state program that gets money from the Federal government to give free local health insurance counseling to people with Medicare.

Method	Contact Information
CALL	1-800-434-0222 (Calls to this number are free.) 1-714-560-0424 (Calls to this number are not free.)
TTY	1-800-735-2929 California State Relay Service Calls to this number are free.
WRITE	HICAP c/o Council on Aging – Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614
WEBSITE	www.coasc.org