

2019



Resumen de Beneficios



Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

(una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) de Medicare Advantage ofrecido por ORANGE COUNTY HEALTH AUTHORITY que tiene un contrato con Medicare)

1 de enero de 2019 — 31 de diciembre de 2019

Este documento contiene un resumen de lo que cubre el plan y lo que usted debe pagar. No es una descripción completa de todos los servicios cubiertos ni incluye una lista de todos los límites o exclusiones. Llámenos y solicite una copia de la “Evidencia de Cobertura” si desea una lista completa de los beneficios cubiertos.

Usted tiene opciones de cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción para obtener sus beneficios de Medicare es a través del Plan Original de Medicare (pago por servicio, o fee-for-service en inglés). El gobierno federal administra el Plan Original de Medicare.
- Otra opción para obtener sus beneficios de Medicare es afiliarse a un plan de salud de Medicare tal como **OneCare (HMO SNP)**.

Recomendaciones sobre cómo comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios contiene un resumen de lo que cubre **OneCare (HMO SNP)** y lo que usted debe pagar.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes de salud de Medicare un Resumen de beneficios. O use el Localizador de Planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte la guía “**Medicare y Usted**” más actualizada. Visite <http://www.medicare.gov> para ver la guía en línea o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana para solicitar una copia. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Secciones en este resumen

- Datos que debe saber sobre **OneCare (HMO SNP)**
- Prima mensual, deducible y límites de lo que debe pagar por servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

- Beneficios de medicamentos con receta

This document is available in other formats such as braille and large print. This document may be available in a non-English language. For additional information, call us toll-free at **1-877-412-2734**. TDD/TTY users can call **1-800-735-2929**.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande. Este documento podría estar disponible en otro idioma a parte de español. Llámenos gratuitamente al **1-877-412-2734** para más información. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.

Tài liệu này có sẵn bằng các hình thức khác như là chữ in nổi braille và chữ in khổ lớn. Tài liệu này có thể được dịch sang một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Để biết thêm chi tiết, xin gọi cho chúng tôi ở số **1-877-412-2734**. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số **1-800-735-2929**

Datos que debe saber sobre OneCare (HMO SNP)

Horario de atención

Puede llamarnos las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Números de teléfono y página de Internet de OneCare (HMO SNP)

- Llame gratuitamente al **1-877-412-2734** si es miembro de este plan. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.
- Llame gratuitamente al **1-877-412-2734** si no es miembro de este plan. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**
- Nuestra página de Internet: www.caloptima.org/onecare

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **OneCare (HMO SNP)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y Medi-Cal, y vivir en el área de servicio del plan. Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado en California: Orange.

¿Cuáles médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

OneCare (HMO SNP), cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores participantes. Es posible que el plan no pague por los servicios que obtenga de proveedores que no participan en la red del plan. Por lo general, debe usar las farmacias participantes de la red para surtir sus recetas para los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede ver el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestra página de Internet (www.caloptima.org/onecare).

O, llámenos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubre el plan?

Al igual que otros planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Plan Original de Medicare – y más.

- **Los miembros del plan obtienen todos los beneficios cubiertos por el Plan Original de Medicare.**

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

- **Los miembros del plan también reciben *más beneficios de lo que cubre el Plan Original de Medicare.***

Se describen algunos de los beneficios adicionales en este documento.

El plan cubre los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B como quimioterapia y otros medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver la lista de medicamentos completa (lista de los medicamentos de la Parte D) y sus restricciones en nuestra página de Internet: www.caloptima.org/en/Members/OneCare/MedicarePartD.aspx.
- O, llámenos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos cubiertos.

¿Cómo determino mis costos de los medicamentos?

El plan agrupa cada medicamento en uno de dos “niveles”. Necesitará usar la lista de medicamentos para localizar el nivel en el que se encuentra su medicamento para determinar cuál sería su costo. La cantidad que paga depende en el nivel donde se encuentra el medicamento y la etapa de beneficio donde se encuentra actualmente. Después hablaremos sobre las siguientes etapas de beneficios: cobertura inicial, intervalo de cobertura y cobertura catastrófica.

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda plenamente los beneficios que ofrecemos y sus normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del 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**.

Comprendiendo sus beneficios

- Repase la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura, especialmente los servicios médicos que usa con frecuencia. Llame al **1-877-412-2734** o visite www.caloptima.org/onecare para consultar la Evidencia de Cobertura.
- Repase el directorio de médicos (o pregúntele a su médico) para cerciorarse que los médicos a los que acude actualmente forman parte de la red de proveedores participantes. Es posible que tenga que escoger un médico nuevo si no está en la lista.
- Repase el directorio de farmacias para cerciorarse que las farmacias a las que acude actualmente para surtir sus medicamentos con receta forman parte de la red. Es posible que tenga que escoger una farmacia nueva para surtir sus medicamentos con receta si no está en la lista.

Comprendiendo normas importantes

- No paga una prima mensual separada por OneCare. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B le sea pagada por Medicaid u otro tercero).
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2019.
- Salvo en situaciones urgentes o de emergencia, el plan no cubre servicios que recibe de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores).

Informe del Resumen de Beneficios 2019

para contrato H5433, plan 001

OneCare (HMO SNP)

Prima mensual, deducible y límites de lo que debe pagar por servicios cubiertos

<p>¿Cuánto es la prima mensual?</p>	<p>\$0 por mes.</p> <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
<p>¿Cuánto es el deducible?</p>	<p>Este plan no tiene un deducible.</p>
<p>¿Existe algún límite en lo que debo pagar por los servicios cubiertos?</p>	<p>Sí. Al igual que otros planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales de los costos personales que debe pagar para atención médica y hospitalaria.</p> <p>Es posible que no tenga que pagar nada por servicios cubiertos por Medicare en este plan, dependiendo en su nivel de elegibilidad de Medi-Cal.</p> <p>Su límite anual en este plan es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6,700 para servicios que recibe de proveedores participantes de la red. <p>El plan continuará pagando el costo total para el resto del año después de alcanzar el límite de costos personales para que continúe obteniendo servicios médicos y hospitalarios que son cubiertos.</p> <p>Consulte la guía “Medicare y Usted” para una lista de los servicios cubiertos por Medicare. Consulte la sección de servicios cubiertos por Medicaid en este documento para una lista de los servicios cubiertos por Medi-Cal.</p> <p>Tenga en cuenta que tendrá que continuar pagando su prima mensual y su costo compartido para los medicamentos con receta de la Parte D que surta.</p>
<p>¿Existe un límite a la cantidad que el plan debe pagar?</p>	<p>El plan tiene un límite de cobertura cada año para ciertos beneficios dentro de la red. Llámenos para información sobre los servicios que aplican.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Aviso:

- LOS SERVICIOS QUE INDICAN UN ¹ PUDIERAN REQUERIR UNA AUTORIZACIÓN PREVIA.
- LOS SERVICIOS QUE INDICAN UN ² PUDIERAN REQUERIR UNA REFERENCIA DE SU MÉDICO.

Atención hospitalaria^{1,2}	<p>El plan cubre 90 días de hospitalización.</p> <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Puede usar estos días adicionales si es hospitalizado por más de 90 días. Pero una vez que use estos 60 días adicionales, se limita la cobertura de hospitalización a 90 días.</p> <p>No paga nada.</p>
Atención hospitalaria ambulatoria^{1,2}	<p>El plan cubre 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.</p> <p>No paga nada.</p>
Consultas médicas^{1,2}	<p>Consultas con su médico general: No paga nada.</p> <p>Consultas con especialistas^{1,2}: No paga nada.</p>

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

<p>Atención de prevención</p>	<p>No paga nada.</p> <p>El plan cubre una variedad de servicios de prevención, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen de aneurisma aórtica abdominal ● Consejería para el abuso de alcohol ● Enemas de bario ● Medición de la densidad ósea (de los huesos) ● Examen para detectar el cáncer de seno (mamografía) ● Examen para detectar enfermedades cardiovasculares (terapia de comportamiento) ● Evaluaciones para detectar enfermedades cardiovasculares ● Examen para detectar el cáncer cervical y vagina ● Exámenes para detectar el cáncer colorrectal (colonoscopia, examen de sangre oculta en heces, Sigmoidoscopia flexible) ● Evaluación para detectar la depresión ● Examen para detectar la diabetes ● Capacitación para el autocontrol de la diabetes ● Examen rectal digital ● Electrocardiograma (EKG) tras la consulta de Bienvenida ● Evaluación para detectar la glaucoma¹ ● Examen para detectar la Hepatitis C ● Examen para detectar el VIH ● Evaluación para detectar el cáncer pulmonar ● Servicios de terapia médica de alimentación ● Evaluación y consejería para las personas obesas ● Examen para detectar el cáncer de la próstata ● Examen para detectar infecciones transmitidas sexualmente y consejería ● Consejería para dejar de usar el tabaco (consejería para personas que no tienen enfermedad a consecuencia del tabaco) ● Vacunas, incluyendo la vacuna antigripal, vacuna de la Hepatitis B, vacuna neumocócica ● Consulta preventiva de salud y bienestar de “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) ● Consulta anual de “Salud y bienestar” <p>Se cubrirá cualquier servicio de prevención adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato.</p> <p>Examen anual físico: No paga nada.</p>
<p>Atención médica de emergencia</p>	<p>No paga nada.</p> <p>No tiene que pagar su parte del costo para atención de emergencia si es hospitalizado dentro de 3 días. Consulte la sección “Atención hospitalaria” de este documento para más información sobre otros posibles costos.</p>
<p>Cuidado urgente necesario</p>	<p>No paga nada.</p>

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

<p>Análisis de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías^{1,2}</p> <p><i>(Los costos para estos servicios pudieran ser distintos al ser recibidos en el ámbito de cirugía ambulatoria)</i></p>	<p>Servicios de radiología para diagnosticar enfermedades (como imágenes de resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT scans]): No paga nada.</p> <p>Análisis y procedimientos de diagnóstico: No paga nada.</p> <p>Servicios de laboratorio: No paga nada.</p> <p>Radiografías ambulatorias: No paga nada.</p> <p>Servicios de radiología terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer): No paga nada.</p>
<p>Servicios de audición^{1,2}</p>	<p>Examen para diagnosticar y tratar los problemas de audición y balance:</p> <p>No paga nada.</p> <p>El plan cubre hasta \$500 por audífonos auriculares por año.</p>
<p>Servicios de la visión</p>	<p><u>Necesidad médica</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar las enfermedades en los ojos (incluyendo un examen anual para detectar el glaucoma): \$0 copago.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: \$0 copago.</p> <p><u>Servicios complementarios</u></p> <p>Examen de rutina de los ojos (un examen cada año): \$0 copago.</p> <p>Lentes de contacto (un par cada dos años): \$0 copago.</p> <p>El plan paga un límite de \$250 cada dos años por lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos) (un par cada dos años) \$0 copago.</p>

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

Cuidado de salud mental¹	<p>Atención hospitalaria:</p> <p>El plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental hospitalaria en un hospital psiquiátrico.</p> <p>No aplica el límite de atención hospitalaria a servicios hospitalarios psiquiátricos brindados en un hospital general.</p> <p>El plan cubre 90 días de hospitalización.</p> <p>El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Puede usar estos días adicionales si es hospitalizado por más de 90 días. Pero una vez que use estos 60 días adicionales, se limita la cobertura de hospitalización a 90 días.</p> <p>No paga nada.</p> <p>Consultas terapéuticas ambulatorias en grupo: No paga nada.</p> <p>Consultas terapéuticas ambulatorias individuales: No paga nada.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)^{1,2}	<p>El plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.</p> <p>No paga nada.</p>
Fisioterapia^{1,2}	No paga nada.
Ambulancia¹	No paga nada.
Transporte²	<p>No paga nada.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen transporte ilimitado cada año natural para consultas médicas, dentales y farmacéuticas.</p> <p>Los servicios cubiertos también incluyen transporte ilimitado de ida y vuelta a un centro de acondicionamiento ya que la afiliación a un centro de acondicionamiento es un beneficio de este plan.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Para medicamentos de la Parte B tal como los medicamentos para quimioterapia¹: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B¹: No paga nada.</p>
Acupuntura y otras terapias alternativas	Hasta 24 consultas al año: No paga nada.
Cuidado quiropráctico^{1,2}	La manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (cuando existe la desviación o la desalineación de uno o más huesos de la espina dorsal): No paga nada.

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

Servicios y artículos para el control de la diabetes^{1,2}	<p>Artículos para el control de la diabetes: No paga nada.</p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: No paga nada.</p> <p>Calzado o plantillas terapéuticas: No paga nada.</p>
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹	No paga nada.
Cuidado de los pies (servicios de podología)^{1,2}	<p>Exámenes y tratamiento de los pies para daños a los nervios a consecuencia de la diabetes o si cumple con ciertas condiciones: No paga nada.</p> <p>Cuidado de los pies de rutina (hasta 12 consultas por año).</p>
Cuidado de salud en el hogar^{1,2}	No paga nada.
Cuidado paliativo	No paga nada para el cuidado paliativo que recibe de un centro certificado de Medicare. Es posible que tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y cuidado de alivio. El cuidado paliativo es cubierto fuera del plan. Llame al plan para más información.
Servicios ambulatorios de rehabilitación^{1,2}	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (un máximo de 2 sesiones de una hora por día por hasta 36 sesiones en 36 semanas): No paga nada.</p> <p>Consultas de terapia ocupacional: No paga nada.</p> <p>Consultas de fisioterapia y logopedia: No paga nada.</p>
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias^{1,2}	<p>Consultas terapéuticas en grupo: No paga nada.</p> <p>Consultas terapéuticas individuales: No paga nada.</p>
Cirugía ambulatoria^{1,2}	<p>Centro de cirugía ambulatoria: No paga nada.</p> <p>Hospital ambulatorio: No paga nada.</p>
Artículos de venta sin receta (over-the-counter)	No son cubiertos.
Dispositivos protésicos (soportes, extremidades artificiales, etc.)¹	<p>Dispositivos protésicos: No paga nada.</p> <p>Suministros médicos relacionados: No paga nada.</p>
Diálisis renal^{1,2}	No paga nada.

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

Programas de salud y bienestar, educativos y otros beneficios y servicios complementarios^{1,2}	Cubre los siguientes programas de salud y bienestar educativos complementarios: Afilación a un centro de acondicionamiento/clases de salud física. El beneficio de ejercicio y salud física incluye afiliación a un centro de acondicionamiento para el 2019. Los miembros pueden elegir recibir hasta dos (2) paquetes que contienen artículos para hacer ejercicio en el hogar en vez de la afiliación al centro de acondicionamiento.
Cobertura mundial	Hasta un total de \$25,000 reembolsables por gastos permitidos (únicamente cuidado urgente o servicios de emergencia necesarios).

Beneficios de medicamentos con receta

<p>¿Cuánto tengo que pagar?</p>	<p>Para medicamentos de la Parte B tal como los medicamentos para quimioterapia¹: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B¹: No paga nada.</p>							
<p>Cobertura inicial</p>	<p>Usted paga lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">Costo compartido normal</p> <table border="1" data-bbox="509 569 1516 1050"> <thead> <tr> <th data-bbox="509 569 873 688">Nivel</th> <th data-bbox="878 569 1516 688">Suministros de un mes; dos meses; tres meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="509 695 873 905"> <p>Nivel 1 (medicamento genérico)</p> <p>Y</p> </td> <td data-bbox="878 695 1516 905"> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo fármacos de marca considerados como genéricos), paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago </td> </tr> <tr> <td data-bbox="509 911 873 1050"> <p>Nivel 2 (medicamento de marca)</p> </td> <td data-bbox="878 911 1516 1050"> <p>Para cualquier otro fármaco, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago </td> </tr> </tbody> </table> <p>Puede surtir sus medicamentos en farmacias participantes de la red.</p> <p>Paga lo mismo que en una farmacia normal si vive en una residencia de cuidado a largo plazo.</p> <p>Es posible que pueda obtener medicamentos en una farmacia que no participa en la red al mismo nivel de costo que una farmacia participante.</p>		Nivel	Suministros de un mes; dos meses; tres meses	<p>Nivel 1 (medicamento genérico)</p> <p>Y</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluyendo fármacos de marca considerados como genéricos), paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago 	<p>Nivel 2 (medicamento de marca)</p>	<p>Para cualquier otro fármaco, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago
Nivel	Suministros de un mes; dos meses; tres meses							
<p>Nivel 1 (medicamento genérico)</p> <p>Y</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluyendo fármacos de marca considerados como genéricos), paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago 							
<p>Nivel 2 (medicamento de marca)</p>	<p>Para cualquier otro fármaco, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago 							

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

<p>Intervalo de cobertura</p>	<p>Después de que sus costos personales por medicamentos alcance \$3,820, pasará al nivel de intervalo de cobertura.</p> <p>Usted paga lo siguiente:</p> <p style="text-align: center;">Costo compartido normal</p>	
	<p>Nivel</p>	<p>Suministros de un mes; dos meses; tres meses</p>
	<p>Nivel 1 (medicamento genérico)</p> <p>Y</p> <p>Nivel 2 (medicamento de marca)</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluyendo fármacos de marca considerados como genéricos), paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago; <p>Para cualquier otro fármaco, paga bien sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 copago; o • \$3.80 copago; o • \$8.50 copago.
<p>Puede surtir sus medicamentos en farmacias participantes de la red.</p> <p>Paga lo mismo que en una farmacia normal si vive en una residencia de cuidado a largo plazo.</p> <p>Es posible que pueda obtener medicamentos en una farmacia que no participa en la red al mismo nivel de costo que una farmacia participante.</p>		
<p>Cobertura catastrófica</p>	<p>Después que sus costos personales anuales por medicamentos alcancen \$5,100: No paga nada.</p>	

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

para contrato H5433, plan 001

Los beneficios descritos anteriormente en la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio descrito a continuación, puede ver lo que cubre Medi-Cal y lo que cubre nuestro plan. Consulte la sección de Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos del Resumen de beneficios para más detalles sobre los beneficios cubiertos por OneCare descritos a continuación. Lo que paga por servicios cubiertos depende en su nivel de elegibilidad de Medicaid. No habrá ningún copago por los servicios cubiertos de Medicaid (Medi-Cal) para la mayoría de los beneficiarios de Medi-Cal. Llame al Departamento de Servicios para Miembros gratuitamente al **1-877-412-2734** si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medicaid y los beneficios que le corresponden. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
1. Servicios de acupuntura ¹	Cubierto	Cubierto
2. Días administrativos de cuidado intensivo	Cubierto	No cubierto
3. Sangre y productos derivados de la sangre	Cubierto	Cubierto
4. Servicios de una enfermera practicante certificada familiar	Cubierto	Cubierto
5. Servicios de una enfermera practicante certificada en pediatría	Cubierto	No cubierto

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
6. Programa de prevención de salud y discapacidad infantil (Child Health and Disability Prevention Program o CHDP)	Cubierto	No cubierto
7. Servicios quiroprácticos ¹	Cubierto	Cubierto
8. Hemodiálisis crónica	Cubierto	Cubierto
9. Servicios comunitarios para adultos (Community-Based Adult Services o CBAS) ^{***}	Cubierto	No cubierto
10. Programa integral de servicios perinatales	Cubierto	No cubierto
11. Equipo médico duradero (DME)	Cubierto	Cubierto
12. Programa de servicios de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento (EPSDT) y servicios del EPSDT complementarios	Cubierto	No cubierto
13. Anteojos, lentes de contacto, productos para la ayuda de la visión baja, ojos prostéticos y otros dispositivos oculares ¹	Cubierto	Cubierto
14. Servicios en un centro de salud calificado por el gobierno federal (FQHC)	Cubierto	Cubierto

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
15. Aparatos auriculares (audífonos)	Cubierto	El plan cubre hasta \$500.00 por audífonos auriculares por año.
16. Servicios de una agencia de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto
17. Servicios de ayuda de salud en el hogar	Cubierto	Cubierto
18. Cuidado paliativo	Cubierto	Cubierto por Medicare
19. Servicios hospitalarios ambulatorios y servicios clínicos ambulatorios organizados	Cubierto	Cubierto
20. Medicamentos para el control del virus de la inmunodeficiencia humana y SIDA	Cubierto	Cubierto
21. Atención hospitalaria para pacientes internados	Cubierto	Cubierto
22. Servicios de salud para nativos americanos (servicios solamente cubiertos por Medi-Cal)	Cubierto	No cubierto
23. Servicios por medio del programa de excepción de cuidado médico en el hogar y centros de enfermería	Cubierto	No cubierto

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
24. Servicios en un centro de cuidado intermitente	Cubierto	No cubierto
25. Servicios de laboratorio, radiológicos y radioisótopo	Cubierto	Cubierto
26. Servicios de partera certificada	Cubierto	No cubierto
27. Servicios de cuidado a largo plazo (LTC)	Cubierto	Cubierto
28. Suministros y artículos médicos	Cubierto	Cubierto
29. Servicios de transporte médico	Cubierto	Cubierto
30. Servicios de enfermera anestésista	Cubierto	Cubierto
31. Servicios de enfermera partera	Cubierto	Cubierto
32. Servicios de optometría	Cubierto	Cubierto
33. Servicios de salud mental ambulatorios ²	Cubierto	Cubierto
34. Servicios clínicos ambulatorios organizados	Cubierto	Cubierto
35. Servicios de cuidado subagudo pediátrico	Cubierto	No cubierto

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
36. Servicios farmacéuticos y medicamentos con receta	Cubierto	Consulte beneficios de medicamentos con receta cubiertos por OneCare arriba
37. Servicios médicos	Cubierto	Cubierto
38. Servicios de podología ¹	Cubierto	Cubierto
39. Dispositivos prostéticos y ortóticos	Cubierto	Cubierto
40. Fisioterapia y terapia ocupacional, logopedia y servicios de audiologías ¹	Cubierto	Cubierto
41. Servicios de rehabilitación	Cubierto	Cubierto
42. Servicios de trasplante de órganos	Cubierto	Cubierto
43. Servicios del cuidado respiratorio	Cubierto	Cubierto
44. Servicios clínicos de salud rural	Cubierto	Cubierto
45. Servicios de interpretación de lenguaje de señas americano	Cubierto	Cubierto
46. Servicios en centros de enfermería y enfermería especializada	Cubierto	Cubierto

Resumen de beneficios de OneCare (HMO SNP) 2019

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Categoría de beneficio	Medicaid (Medi-Cal)	OneCare (HMO SNP)
47. Servicios de enfermería particular	Cubierto	No cubierto
48. Servicios de rehabilitación especial	Cubierto	Cubierto
49. Servicios de apoyo estatal	Cubierto	Cubierto
50. Servicios de cuidado subagudo	Cubierto	Cubierto

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

¹ La cobertura de los beneficios opcionales se limita a los beneficiarios en “grupos exentos”: 1) beneficiarios menores de 21 años de edad que reciben servicios de acuerdo al programa EPSDT (Programa de servicios de pruebas de detección precoz y periódicas, diagnóstico y tratamiento); 2) beneficiarios que residen en un centro de enfermería especializada (niveles A y B, incluyendo centros para el cuidado subagudo); 3) beneficiarias embarazadas; 4) beneficiarios que reciben servicios del programa de Servicios para los Niños de California (California Children’s Services o CCS); y 5) beneficiarios inscritos en el Programa Integral para el Cuidado de las Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly o PACE). Los servicios incluyen: servicios quiroprácticos, acupuntura, audiólogos y servicios de audiología, servicio óptico y de laboratorios de fabricación óptica, dentales**, patología del habla, dentaduras postizas y anteojos.

² Los servicios podrían ser brindados por proveedores de atención primaria; psiquiatras; psicólogos; trabajadores sociales clínicos licenciados; asesores matrimoniales, familiares e infantiles; u otros proveedores de salud mental especializados.

A partir del 1 de enero de 2018, en virtud a la aprobación federal, los beneficios dentales para adultos han cambiado. Los beneficios dentales serán los mismos para las mujeres embarazadas y los adultos que residen en un centro de enfermería especializada o centro de cuidado intermitente.

Los miembros elegibles de Medi-Cal tienen acceso a los siguientes servicios:

- Exámenes y radiografías
- Limpiezas
- Tratamientos de flúor
- Rellenos
- Terapia de conducto radicular anterior (dientes delanteros)
- Coronas prefabricadas
- Dentaduras postizas completas
- Otros servicios dentales necesarios por motivos médicos

**Los beneficios dentales y de la visión están disponibles con ciertos límites. Para más información sobre los beneficios dentales y para una mayor explicación llame al 1-800-322-6384 o visite Denti-Cal.

*** **El programa Community-Based Adult Services (CBAS)** ha reemplazado los servicios de Cuidado Diurno para Adultos. Los servicios de Cuidado Diurno para Adultos fueron eliminados el 31 de marzo de 2012. El programa CBAS entró en vigor a partir del 1 de abril de 2012.

PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

BENEFICIOS CUBIERTOS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (MEDI-CAL)

Descargos de responsabilidad

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios disponibles. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** para más información. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. 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**. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-412-2734** (TDD/TTY: **1-800-735-2929**).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734** (TDD/TTY: **1-800-735-2929**).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-412-2734** (TDD/TTY: **1-800-735-2929**).

OneCare Customer Service

Method	Customer Service – Contact Information
CALL	<p>1-877-412-2734</p> <p>Calls to this number are free. You can call Customer Service 24 hours a day, 7 days a week.</p> <p>Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.</p>
TTY	<p>1-800-735-2929</p> <p>Calls to this number are free. You can call Customer Service 24 hours a day, 7 days a week.</p>
FAX	1-714-246-8711
WRITE	<p>OneCare Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868</p>
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	<p>1-800-434-0222 (Calls to this number are free.)</p> <p>1-714-560-0424 (Calls to this number are not free.)</p>
TTY	<p>1-800-735-2929 California State Relay Service</p> <p>Calls to this number are free.</p>
WRITE	<p>HICAP c/o Council on Aging – Southern California 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614</p>
WEBSITE	www.coasc.org