

# Optima Health Community Care



## Manual para Miembros

OptimaHealth 

[optimahealth.com/communitycare](https://optimahealth.com/communitycare)  
Vigente desde 1° de Enero de 2019



# Índice

<b>Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos .....</b>	<b>10</b>
<i>Ayuda en otros idiomas .....</i>	<i>11</i>
<b>1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) .....</b>	<b>14</b>
<i>Bienvenido a Optima Health Community Care .....</i>	<i>14</i>
<i>Cómo utilizar este manual .....</i>	<i>15</i>
<i>Información adicional que le enviaremos .....</i>	<i>15</i>
Tarjeta de identificación de miembro de Optima Health Community Care.....	15
Directorio de proveedores y farmacias .....	16
<b>2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus? .....</b>	<b>20</b>
<i>¿Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus? .....</i>	<i>20</i>
Inscripción en CCC Plus .....	20
Razones por las que no sería elegible para participar en CCC Plus .....	21
¿Qué sucede si estoy embarazada? .....	21
Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus .....	22
Elegibilidad para Medicaid.....	22
<i>Escoger o cambiar su plan de salud.....</i>	<i>23</i>
Asignación de un plan de salud .....	23
Puede cambiar su plan de salud a través de la línea de ayuda de CCC Plus .....	23
Reinscripción automática .....	24
<i>Si tiene Medicare y Medicaid.....</i>	<i>25</i>
Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid .....	25
<i>¿Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) de Medicare? .....</i>	<i>26</i>
<b>3. Cómo funciona CCC Plus .....</b>	<b>28</b>
<i>¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus? .....</i>	<i>28</i>
<i>¿Cuáles son las ventajas de elegir Optima Health Community Care?.....</i>	<i>29</i>
<i>Continuidad del período de atención .....</i>	<i>30</i>
<i>Si tiene otra cobertura .....</i>	<i>30</i>

<b>4. Su Coordinador de Atención .....</b>	<b>33</b>
<i>¿Cómo puede ayudar su Coordinador de Atención?.....</i>	33
<i>¿Qué es una evaluación de salud?.....</i>	34
<i>¿Qué es una evaluación de riesgos de salud?.....</i>	35
<i>¿Qué es un plan de atención?.....</i>	35
<i>¿Cómo comunicarse con su Coordinador de Atención?.....</i>	36
<b>5. Ayuda de Servicios al Miembro.....</b>	<b>39</b>
<i>¿Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Optima Health Community Care?.....</i>	39
<i>¿Cómo puede ayudar Servicios al Miembro?.....</i>	40
<i>Línea de Consejo Médico disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana .....</i>	41
<i>La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana .....</i>	42
<i>Línea de Consejo de los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana...</i>	43
<i>Si usted no habla inglés .....</i>	44
<i>Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para entender la información o trabajar con su Coordinador de Atención .....</i>	45
<i>Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicaid .....</i>	45
<b>6. ¿Cómo obtener atención y servicios?.....</b>	<b>46</b>
<i>¿Cómo obtener atención de su médico de atención primaria?.....</i>	46
Su médico de atención primaria .....	46
Elegir su PCP .....	46
Si tiene Medicare, cuéntenos acerca de su PCP .....	47
Si su PCP actual no está en nuestra red.....	48
Cambiar su PCP .....	48
Obtener una cita con su PCP.....	49
Estándares para las citas.....	49
<i>¿Cómo obtener atención de proveedores de la red? .....</i>	50
Estándares para el tiempo y distancia de viaje.....	50
Accesibilidad .....	51
¿Qué son los “proveedores de la red”? .....	51

¿Qué son las “farmacias de la red”? .....	52
¿Qué son los especialistas?.....	52
Si su proveedor abandona nuestro plan.....	53
¿Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red?.....	54
Atención de proveedores fuera del estado .....	55
Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente .....	55
Si recibe una factura por servicios cubiertos.....	55
<i>Si recibe atención de proveedores fuera de Estados Unidos.....</i>	56
<b>7. ¿Cómo obtener atención durante una emergencia? .....</b>	<b>57</b>
¿Qué es una emergencia?.....	57
¿Qué hacer en caso de una emergencia? .....	57
¿Qué es una emergencia médica?.....	57
¿Qué es una emergencia de salud conductual?.....	58
Ejemplos de casos que no son emergencias .....	58
Si tiene una emergencia cuando está lejos de casa .....	58
¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?.....	58
Notificar a Optima Health Community Care sobre su emergencia .....	59
Después de una emergencia .....	59
Si usted es hospitalizado.....	59
Si no era una emergencia médica.....	60
<b>8. ¿Cómo obtener atención de urgencia?.....</b>	<b>62</b>
¿Qué es atención de urgencia?.....	62
<b>9. ¿Cómo obtener sus medicamentos recetados? .....</b>	<b>64</b>
Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Optima Health Community Care.....	64
¿Cómo surtir sus recetas?.....	65
Lista de medicamentos cubiertos .....	65
Límites para la cobertura de algunos medicamentos.....	66
Obtener aprobación por adelantado.....	67
Probar un medicamento diferente primero .....	67
Límites de cantidad.....	68

Suministro de emergencia .....	68
<i>Medicamentos no cubiertos</i> .....	68
<i>Cambiar de farmacias</i> .....	69
<i>¿Qué sucede si necesito una farmacia especializada?</i> .....	69
<i>¿Puede usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos?</i> .....	70
<i>¿Puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?</i> .....	70
<i>¿Puede utilizar una farmacia que no esté en la red de Optima Health Community     Care?</i> .....	70
<i>¿Qué es el Programa de Administración y Uso Seguro para Pacientes (PUMS)?</i> 70	
<b>10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus.....</b>	<b>73</b>
<i>Beneficios de CCC Plus</i> .....	73
<i>Normas generales de cobertura</i> .....	73
<i>Beneficios cubiertos a través de Optima Health Community Care</i> .....	74
<i>Beneficios adicionales que ofrecemos y que no están cubiertos por Medicaid</i> ..	79
<i>¿Cómo acceder a los servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y     Tratamiento?</i> .....	80
¿Qué es el EPSDT?.....	80
Obtener servicios de EPSDT .....	81
Obtener servicios de intervención temprana.....	81
<i>¿Cómo tener acceso a los servicios de salud conductual?</i> .....	82
<i>¿Cómo tener acceso a los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de     Recuperación (ARTS)</i> .....	83
<i>¿Cómo acceder a los servicios y apoyos prolongados (LTSS)?</i> .....	84
Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus .....	84
Cómo autodirigir su atención .....	85
Servicios en centros de enfermería .....	86
Evaluación para los servicios y apoyos prolongados .....	86
Libertad de elección.....	87
<i>Cómo obtener servicios si está en una exención por discapacidad del desarrollo</i> .....	87
<i>¿Cómo obtener servicios de transporte regulares?</i> .....	89

¿Cómo tener acceso a los servicios de transporte regulares cubiertos por Optima Health Community Care? .....	89
Transporte de ida y vuelta a los servicios de exención por DD .....	90

## **11. Servicios cubiertos a través del programa del DMAS de pago por servicio de Medicaid..... 91**

<i>Servicios subcontratados .....</i>	<i>91</i>
<i>Servicios que cancelarán su inscripción en CCC Plus.....</i>	<i>93</i>

## **12. Servicios no cubiertos por CCC Plus..... 96**

<i>Si recibe servicios no cubiertos .....</i>	<i>97</i>
---	-----------

## **13. Costos compartidos para el miembro ..... 98**

<i>Pago como paciente miembro por servicios y apoyos prolongados .....</i>	<i>98</i>
<i>Miembros de Medicare y medicamentos de la Parte D.....</i>	<i>99</i>

## **14. Autorización de servicio y determinación de beneficios..... 100**

<i>Autorización de servicio.....</i>	<i>100</i>
<i>Autorizaciones de servicio y continuidad de la atención .....</i>	<i>102</i>
<i>¿Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio?.....</i>	<i>102</i>
<i>¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio? .....</i>	<i>103</i>
<i>Plazos para la revisión de una autorización de servicio.....</i>	<i>103</i>

## **15. Apelaciones, audiencias estatales imparciales y reclamaciones 109**

<i>Su derecho a apelar .....</i>	<i>109</i>
<i>Representante autorizado .....</i>	<i>109</i>
<i>Determinación adversa de beneficios .....</i>	<i>109</i>
<i>Cómo presentar su apelación .....</i>	<i>110</i>
<i>Continuación de los beneficios.....</i>	<i>110</i>
<i>¿Qué sucede después de que recibimos su apelación? .....</i>	<i>111</i>
<i>Plazos para las apelaciones.....</i>	<i>112</i>
<i>Aviso escrito de la decisión de la apelación.....</i>	<i>113</i>
<i>Su derecho a una audiencia estatal imparcial .....</i>	<i>113</i>
<i>Solicitudes de revisión estándar o acelerada .....</i>	<i>114</i>
<i>Representante autorizado .....</i>	<i>114</i>
<i>¿Adónde se debe enviar la solicitud para una audiencia estatal imparcial?.....</i>	<i>114</i>

Después de que presenta su apelación para una audiencia estatal imparcial.....	115
Plazos de las audiencias estatales imparciales .....	115
Continuación de los beneficios .....	116
Si la audiencia estatal imparcial revoca la denegación .....	116
Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal imparcial.....	117
<i>Su derecho a presentar un reclamo .....</i>	<i>117</i>
Plazos para los reclamos .....	117
¿Qué tipos de problemas deberían ser reclamos? .....	117
Existen diferentes tipos de reclamos .....	118
Reclamaciones internas .....	119
Reclamaciones externas .....	119
<b>16. Derechos del miembro.....</b>	<b>122</b>
<i>Sus derechos .....</i>	<i>122</i>
<i>Su derecho a estar seguro .....</i>	<i>124</i>
<i>Su derecho a la confidencialidad .....</i>	<i>124</i>
<i>Su derecho a la privacidad.....</i>	<i>125</i>
<i>Aviso de prácticas de privacidad.....</i>	<i>126</i>
<i>Cómo unirse al Comité Asesor para Miembros.....</i>	<i>139</i>
<i>Seguimos políticas de no discriminación .....</i>	<i>139</i>
<b>17. Responsabilidades del miembro .....</b>	<b>144</b>
<i>Sus responsabilidades.....</i>	<i>144</i>
<i>Declaraciones de voluntad anticipada.....</i>	<i>145</i>
¿Dónde puedo obtener el formulario de declaraciones de voluntad anticipadas? .....	146
Comparta la información con las personas que quiere que sepan al respecto .....	147
Podemos ayudarlo a obtener o comprender los documentos de las instrucciones anticipadas .....	147
Otros recursos.....	147
Si no se siguen sus instrucciones anticipadas.....	147
<b>18. Fraude, despilfarro y abuso .....</b>	<b>151</b>
¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso?.....	151
¿Cómo denuncio el fraude, el despilfarro o el abuso? .....	151
<b>19. Otros recursos importantes .....</b>	<b>155</b>
<b>20. Información para miembros de la expansión de Medicaid .....</b>	<b>163</b>



<i>¿Qué lo hace elegible para ser un miembro de la expansión de Medicaid? .....</i>	<i>163</i>
<i>Inscripción para un miembro de la expansión de Medicaid.....</i>	<i>163</i>
<i>Beneficios y servicios de expansión de Medicaid .....</i>	<i>165</i>
<b>21. Palabras clave y definiciones usadas en este manual .....</b>	<b>168</b>
<b>22. Números de teléfono importantes.....</b>	<b>179</b>

## Ayuda en otros idiomas o formatos alternativos

Este manual está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos, incluidos en línea, letra grande, braille o CD de audio. Para solicitar el manual en un formato o idioma alternativos, llame al 1-855-687-6260 (TTY 1-844-552-8148).

Si tiene algún problema para leer o entender esta información, comuníquese con nuestro personal de Servicios al Miembro al 1-888-512-3171 (TTY 1-844-552-8148) para obtener ayuda sin costo alguno.

Ofrecemos adaptaciones razonables y acceso a las comunicaciones a las personas con discapacidades. Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.

Los miembros que llamen al servicio de retransmisión de telecomunicaciones a través del 711 se transferirán a la línea de Servicios al Miembro de Optima Health Community Care. Los representantes de atención al cliente que asisten a los miembros con necesidades especiales de comunicación están capacitados para utilizar todos los recursos necesarios para ayudar con la comunicación.

## Ayuda en otros idiomas

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-687-6260 (TTY: 1-844-552-8148).

### Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-687-6260 (TTY: 711).

### Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-6260 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

### Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-687-6260 (TTY: 711).

### Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-687-6260 (TTY: 711)。

### Arabic

برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة  
ه الصم والبكم: 711 رقم 1-855-687-6260

### Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-687-6260 (TTY: 711).

### Farsi

1-855-687-6260 تماس بگیرید. شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات، کنید می گفتگو فارسی زبان به اگر: توجه  
فر می باشد. با (TTY: 711) 1-855-687-6260

## **Amharic**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-687-6260 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

## **Urdu**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 711 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-687-6260).

## **French**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-687-6260 (ATS: 711).

## **Russian**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-687-6260 (телетайп: 711).

## **Hindi**

ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-855-687-6260 (TTY: 711)पर कॉल कर।

## **German**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-687-6260 (TTY: 711).

## **Bengali**

লক্ষ্য করনঃ যিদ আপিন বাংলা, কথা বলেত পােরন, তাহেল িনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা উপল আছ। েফান করন ১ ১1-855-687-6260 (TTY: 711)

## **Bassa**

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsó ò -wùdù-po-nyò ] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò bé in̩ m̩ gbo kpáa. Đá 1-855-687-6260 (TTY: 711)



# 1. Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)

## Bienvenido a Optima Health Community Care

Gracias por ser miembro de Optima Health Community Care, un plan de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus). Si es un miembro nuevo, nos pondremos en contacto con usted en las próximas semanas para revisar con usted cierta información muy importante. Puede hacernos cualquier pregunta que tenga u obtener ayuda para concertar citas. Si necesita hablar con nosotros de inmediato o antes de que nos comuniquemos con usted, llámenos al número que se indica a continuación.

Como miembro de Optima Health Community Care, se le asignará un Coordinador de Atención personal. Su Coordinador de Atención lo ayudará a orientarse y desarrollará un plan de atención personalizado para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Para ayudar con su atención, estas son algunas cosas que usted puede hacer para prepararse para su reunión con su Coordinador de Atención:

- Prepare una lista de sus servicios de gestión de casos actuales.
- Prepare una lista de sus médicos y otros proveedores de servicios actuales.
- Prepare una lista de los miembros de su familia y cuidadores que quieran participar en su plan de atención, así como la información de contacto de los mismos.
- Prepare una copia de sus declaraciones de voluntad anticipada o testamento en vida.

Consulte *Su Coordinador de Atención* en la Sección 4 de este manual para obtener información adicional.

También puede encontrar información sobre su plan al iniciar sesión en su cuenta MyOptima en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members). Si no tiene una cuenta MyOptima, visite [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) y seleccione “Register for Secure Access”

(Registrarse para obtener acceso seguro) para crear su cuenta (tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro).

## Cómo utilizar este manual

Este manual lo ayudará a entender sus beneficios de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) y cómo puede obtener ayuda de Optima Health Community Care. Este manual es su guía para los servicios médicos. Explica su cobertura de servicios y apoyos de atención médica, salud conductual, medicamentos recetados y de cuidados prolongados según el programa CCC Plus. Le indica los pasos que puede tomar para que su plan de salud funcione para usted.

No dude en compartir este manual con un familiar o con alguien que conozca sus necesidades de atención médica. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual, llame a nuestra unidad de Servicios al Miembro, visite nuestro sitio web en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) o llame a su Coordinador de Atención.


## Información adicional que le enviaremos

Ya debería haber recibido su tarjeta de identificación de miembro de Optima Health Community Care, así como información sobre cómo tener acceso a un Directorio de proveedores y farmacias y a una Lista de medicamentos cubiertos.

También puede acceder a esta información en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) o al llamar a Servicios al Miembro de Optima Health Community Care al 1-888-512-3171. El nombre y la información de contacto de su Coordinador de Optima Health Community Care llegarán en una carta por separado.

### **Tarjeta de identificación de miembro de Optima Health Community Care**

Muestre su tarjeta de identificación de Optima Health Community Care cuando reciba servicios de Medicaid, incluso cuando obtenga servicios y apoyos prolongados, en las consultas médicas y cuando busque sus recetas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. Si tiene Medicare y Medicaid, muestre su tarjeta de identificación de Medicare y Optima Health Community Care cuando reciba servicios. A continuación se encuentra un modelo de tarjeta para mostrarle cómo se verá la suya:



**OptimaHealth**

**OPTIMA HEALTH COMMUNITY CARE**

Member Name: JOHN DOE  
 Member Number: 9999999\*99  
 Group Number: 999999  
 Member Effective Date: 99-99-99  
 PCP Name: 999999999999999999999999  
 PCP Phone: 999-999-9999

Medicaid #: 999999999999  
 DOB: 99-99-9999

Detailed benefit information is available at [optimahealth.com](http://optimahealth.com)

Sample


Preauthorization may be required for: hospitalization, outpatient surgery and therapies, advanced imaging, DME, home health, skilled nursing, acute rehab, or prosthetics.  
**IN CASE OF AN EMERGENCY:** Call 911 or go to the nearest emergency room.  
 Always call your Primary Care Physician for non-emergent care.

**FOR PHARMACIST USE ONLY:**  
 BIN# 610011 PROCESSOR CONTROL# OHPMCAID  
 OptumRx Pharmacist Help Desk: [1-866-244-9113]

Member Services: (Translation Services Available)	[757-552-8360] OR [877-512-3171]
Pharmacy Member Services:	[757-552-8840] OR [1-844-724-5576]
TTY Virginia Relay Service: (Hearing Impaired)	[757-552-8390] OR [1-844-552-8148]
After Hours Nurse Advice:	[757-552-8899] OR [1-844-387-9420]
Smiles for Children:	[1-888-912-3456]
Transportation:	[1-877-892-3986]
Behavioral Health Pre Authorization:	[757-552-7580] OR [1-888-946-1168]
Provider Relations:	[757-552-8370] OR [1-844-512-3172]
Medical/Pharmacy Pre Authorization:	[757-552-7560] OR [1-888-946-1167]

MEDICAL CLAIMS	BEHAVIORAL HEALTH CLAIMS
P.O. Box 5028	P.O. Box 1440
Troy, MI 48007-5028	Troy, MI 48099-1440

Offered by Optima Health Plan




**OPTIMA HEALTH COMMUNITY CARE  
 MEDICAID XP**

Member Name: JOHN DOE  
 Member Number: 9999999\*99  
 Group Number: OHCC  
 Member Effective Date: 99-99-99  
 PCP Name: 999999999999999999999999  
 PCP Phone: 999-999-9999

OV: \$0  
 ER: \$0  
 RX: \$0

Medicaid #: 999999999999  
 DOB: 99-99-9999



Detailed benefit information is available at [optimahealth.com](http://optimahealth.com)

Sample

Preauthorization may be required for: hospitalization, outpatient surgery and therapies, advanced imaging, DME, home health, skilled nursing, acute rehab, or prosthetics.  
**IN CASE OF AN EMERGENCY:** Call 911 or go to the nearest emergency room.  
 Always call your Primary Care Physician for non-emergent care.

**FOR PHARMACIST USE ONLY:**  
 BIN# 610011 PROCESSOR CONTROL# OHPMCAID  
 OptumRx Pharmacist Help Desk: [1-866-244-9113]

Member Services: (Translation Services Available)	[757-552-8360] OR [877-512-3171]
Pharmacy Member Services:	[757-552-8840] OR [1-844-724-5576]
TTY Virginia Relay Service: (Hearing Impaired)	[757-552-8390] OR [1-844-552-8148]
After Hours Nurse Advice:	[757-552-8899] OR [1-844-387-9420]
Smiles for Children:	[1-888-912-3456]
Transportation:	[1-877-892-3986]
Behavioral Health Pre Authorization:	[757-552-7580] OR [1-888-946-1168]
Provider Relations:	[757-552-8370] OR [1-844-512-3172]
Medical/Pharmacy Pre Authorization:	[757-552-7560] OR [1-888-946-1167]

MEDICAL CLAIMS	BEHAVIORAL HEALTH CLAIMS
P.O. Box 5028	P.O. Box 1440
Troy, MI 48007-5028	Troy, MI 48099-1440

Offered by Optima Health Plan

Si no ha recibido su tarjeta o si esta se daña, se extravía o la hurtan, llame de inmediato al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de esta página y le enviaremos una nueva tarjeta.

Además de su tarjeta de Optima Health Community Care, conserve su tarjeta de identificación de Medicaid de la Mancomunidad de Virginia para acceder a los servicios que cubre el estado conforme al programa de pago por servicio de Medicaid. Estos servicios se describen en la Sección 11 de este manual, *Servicios cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid*.

**Directorio de proveedores y farmacias**

Puede encontrar los Directorios de proveedores y farmacias más actualizados en [optimahealth.com/communitycare](http://optimahealth.com/communitycare). También puede solicitar un Directorio de proveedores y farmacias anual al llamar al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de esta página.

El *Directorio de proveedores y farmacias* ofrece información sobre los profesionales de atención médica (como médicos, licenciadas en enfermería, psicólogos, etc.), instalaciones (hospitales, clínicas, centros de enfermería, etc.), proveedores de



apoyo (como proveedores de atención médica diurna para adulto, atención médica en el hogar, etc.), y farmacias en la red de Optima Health Community Care. Mientras sea miembro de nuestro plan, generalmente debe usar uno de los proveedores y farmacias de nuestra red para obtener los servicios cubiertos. Sin embargo, hay algunas excepciones, como:

- Cuando se une por primera vez a nuestro plan (consulte *Continuidad del período de atención* en la Sección 3 de este manual).
- Si tiene Medicare (consulte *Cómo obtener atención de su médico de atención primaria* en la Sección 6 de este manual).
- En varias otras circunstancias (consulte *Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red* en la Sección 6 de este manual).

Puede solicitar una copia impresa del *Directorio de proveedores y farmacias* o de la *Lista de medicamentos cubiertos* al llamar al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de la página. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* y la *Lista de medicamentos cubiertos* en [optimahealth.com/communitycare](http://optimahealth.com/communitycare) o descargarlos desde este sitio web. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* en la Sección 9 de este manual.

El directorio de proveedores incluirá la siguiente información para todos los proveedores en la red, siempre que los datos de los proveedores estén disponibles\*:

- Nombre, dirección y número de teléfono.
- Horario de atención y sedes de proveedores que atienden fuera del horario.
- Si el proveedor realizó la capacitación de competencia cultural.
- Información sobre licencias: número o Identificador Nacional del Proveedor.
- Cualquier adaptación para personas con discapacidades físicas.
- Si el proveedor está aceptando pacientes nuevos.
- URL del sitio web.
- Si el sitio se encuentra en una ruta de transporte público.
- Cualquier capacidad cultural o lingüística, incluso el acceso a servicios lingüísticos o de un intérprete en el consultorio.
- Proveedores de salud conductual: capacitación o experiencia en el tratamiento de traumas, áreas de especialidad, poblaciones específicas, uso de sustancias.

- Restricciones a la libertad del miembro para elegir entre los proveedores de la red.
- Nombre, dirección y número de teléfono de las farmacias actuales de la red, así como instrucciones para el miembro sobre cómo comunicarse con Servicios al Miembro para encontrar una farmacia.
- Si el profesional de atención médica o el proveedor de la red que no pertenece al centro realizó la capacitación de competencia cultural.

\*La información disponible se basa en datos proporcionados por el proveedor.



## 2. ¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus?

El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa de atención administrada por Medicaid a través del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS). El DMAS autorizó a Optima Health Community Care para brindar servicios de coordinación de atención y de atención médica. Nuestro objetivo es ayudarlo a mejorar la calidad de su atención y su calidad de vida.

### ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de CCC Plus?

Usted es elegible para CCC Plus cuando tiene beneficios completos de Medicaid y cumple con una de las siguientes categorías:

- Tiene 65 años de edad o más.
- Es un adulto o un niño con una discapacidad.
- Reside en un centro de enfermería (Nursing Facility, NF).
- Recibe servicios a través de la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de CCC Plus (anteriormente conocidas como Exención de asistencia tecnológica y Exención para ancianos o personas discapacitadas con dirección del consumidor [Elderly or Disabled with Consumer Direction, EDCD]).
- Recibe servicios a través de cualesquiera de las tres exenciones que prestan servicios a personas con discapacidades del desarrollo (Ayuda para Vivir con Independencia, Apoyos para Familiares e Individuos, Vida en Comunidad), lo que se conoce como Exenciones por Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities, DD).

### **Inscripción en CCC Plus**

Los individuos elegibles deben inscribirse en el programa CCC Plus. El DMAS y la línea de ayuda de CCC Plus gestionan la inscripción en el programa CCC Plus. Para participar en CCC Plus, usted debe ser elegible para Medicaid.

## **Razones por las que no sería elegible para participar en CCC Plus**

No sería elegible para participar en CCC Plus si alguno de los siguientes aplica en su caso:

- Pierde o perdió la elegibilidad para Medicaid.
- No cumple con una de las categorías elegibles mencionadas anteriormente.
- Está inscrito en un hospicio en virtud del programa regular de pago por servicio de Medicaid antes de cualquier asignación de beneficios de CCC Plus.
- Se inscribe en el programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP) de Medicaid.
- Se inscribe en el Programa de Atención integral para Ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). *Para obtener más información acerca de PACE, hable con su Coordinador de Atención o visite:*  
<http://www.pace4you.org/>
- Reside en un Centro de Atención Intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) para Personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo (Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities, IID).
- Recibe atención en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico Residencial (niños menores de 21 años).
- Reside en un Centro de Enfermería para Veteranos.
- Reside en alguno de estos centros estatales de cuidados prolongados: Piamonte, Catawba, Hiram Davis o Hancock.
- Vive en la isla de Tangier.

## **¿Qué sucede si estoy embarazada?**

Si está dentro de sus primeros noventa (90) días de la inscripción inicial, y en su 3° trimestre del embarazo, y su proveedor no participa en la red de Optima Health Community Care, usted puede solicitar mudarse a otra organización de atención administrada (Managed Care Organization, MCO) donde su proveedor participe. Si su proveedor no participa en ninguno de los planes de salud de CCC Plus, puede solicitar recibir cobertura a través del pago por servicio de Medicaid hasta después

de dar a luz a su bebé. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD: 1-800-817-6608 para hacer esta solicitud.

### **Cobertura para recién nacidos de madres cubiertas por CCC Plus**

Si tiene un bebé, deberá informar el nacimiento de su hijo cuanto antes para inscribir a su bebé en Medicaid. Puede hacer esto de las siguientes maneras:

- Llamando al Centro de Atención Telefónica de Cover Virginia al 1 (855) 242-8282 para informar el nacimiento de su hijo por teléfono.
- Comunicándose con el Departamento de Servicios Sociales de su localidad para informar el nacimiento de su hijo.

Se le pedirá que brinde su información y la de su bebé:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Raza
- Sexo
- El nombre y el número de identificación de Medicaid de la madre del bebé

Cuando se inscriba por primera vez en Medicaid, su bebé podrá acceder a la atención médica a través del programa de pago por servicio de Medicaid. Esto significa que puede llevar a su bebé a cualquier proveedor de la red de pago por servicio de Medicaid para recibir servicios cubiertos. Busque información adicional en el correo sobre cómo su bebé recibirá la cobertura de Medicaid de parte del DMAS.

### **Elegibilidad para Medicaid**

El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS de su localidad) o la Unidad Central de Procesamiento de Cover Virginia determinan la elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con el trabajador de elegibilidad del DSS de su localidad o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o TDD: 1-888-221-1590 si tiene cualquier pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en

[www.coverva.org](http://www.coverva.org).

## Escoger o cambiar su plan de salud

### **Asignación de un plan de salud**

Usted recibió un aviso del DMAS que incluía su asignación inicial de un plan de salud. Con ese aviso, el DMAS incluyó un cuadro comparativo de planes de salud en su área. El aviso de asignación le proporcionó instrucciones sobre cómo seleccionar su plan de salud.

Es posible que nos haya elegido para ser su plan de salud. De lo contrario, puede que el DMAS lo haya asignado a nuestro plan de salud con base en nuestro historial como su plan de atención administrada. Por ejemplo, es posible que haya estado inscrito con nosotros antes, ya sea a través de Medicare o de Medicaid. También es posible que haya sido asignado con nosotros si ciertos proveedores que usted consulta están en nuestra red. Estos incluyen centros de enfermería, atención médica diurna para adultos y proveedores de enfermería privada.

### **Puede cambiar su plan de salud a través de la línea de ayuda de CCC Plus**

La línea de ayuda de CCC Plus puede ayudarlo a elegir el mejor plan de salud para usted. Para obtener asistencia, llame a la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web [cccplusva.com](http://cccplusva.com). La línea de ayuda de CCC Plus está disponible de lunes a viernes (excepto en los días feriados estatales) de 8:30 a.m. a 6:00 p.m. La línea de ayuda de CCC Plus puede ayudarlo a entender las opciones de su plan de salud o responder sus preguntas sobre cuáles médicos y otros proveedores participan en cada plan de salud. Los servicios de la línea de ayuda de CCC Plus son gratuitos y no están conectados a ningún plan de salud de CCC Plus.

Puede cambiar su plan de salud por cualquier motivo durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CCC Plus. También puede cambiar su plan de salud por cualquier motivo una vez al año durante la inscripción abierta. La inscripción abierta ocurre cada año entre octubre y diciembre, con una fecha de inicio de la cobertura del 1° de enero. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información. También puede pedir cambiar su plan de

salud en cualquier momento por “causas justificadas”, que pueden incluir:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita varios servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan de salud.
- Su residencia o empleo se verían interrumpidos como resultado de que su proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral pase de ser un proveedor dentro de la red a uno fuera de la red.
- Otras razones determinadas por el DMAS, que incluyen baja calidad de la atención y falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos apropiados, incluida la atención especializada.

La línea de ayuda de CCC Plus maneja las solicitudes con “causas justificadas” y puede responder cualquier pregunta que tenga. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web [cccplusva.com](http://cccplusva.com).

### **Reinscripción automática**

Si su inscripción en nuestro plan finaliza y usted recupera la elegibilidad para el programa CCC Plus dentro de 60 días o menos, automáticamente se le reinscribirá en Optima Health Community Care. También se le enviará una carta de reinscripción del DMAS.

¿Qué es el área de servicio de Optima Health Community Care? Optima Health Community Care cubre el estado de Virginia. Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en Optima Health Community Care. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan. Si esto sucede, recibirá una carta del DMAS en la que se le pedirá que elija un nuevo plan. También puede llamar a la línea de ayuda de CCC Plus si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en su plan de salud. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web [cccplusva.com](http://cccplusva.com).



## Si tiene Medicare y Medicaid

Si tiene Medicare y Medicaid, algunos de sus servicios estarán cubiertos por su plan de Medicare y algunos los cubrirá Optima Health Community Care. Somos su plan CCC Plus de Medicaid.

### Tipos de servicios cubiertos por Medicare

- Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (médica y psiquiátrica)
- Atención para pacientes ambulatorios (médica y psiquiátrica)
- Servicios de médicos y especialistas
- Radiografías, análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas
- Atención en un centro de enfermería especializada
- Atención médica en el hogar
- Cuidados en un hospicio
- Medicamentos recetados
- Equipo médico duradero
- *Para obtener más información, comuníquese con su plan de Medicare, visite Medicare.gov o llame a Medicare al 1-800-633-4227.*

### Tipos de servicios cubiertos por CCC Plus (Medicaid)

- Copagos de Medicare
- Enfermería especializada y hospitalaria cuando los beneficios de Medicare se agotan
- Atención en centros de enfermería prolongada (de custodia)
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad, como cuidado personal y atención de relevo, modificaciones del entorno y servicios de tecnología de asistencia
- Servicios comunitarios de salud conductual
- Servicios no cubiertos por Medicare, como algunos medicamentos de venta libre, equipos e insumos médicos, y productos para la incontinencia.

### **Puede elegir el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid**

Tiene la opción de elegir el mismo plan para su cobertura de Medicare y Medicaid de CCC Plus. Al plan de Medicare se le llama *Plan dual para necesidades especiales (Dual Special Needs Plan, D-SNP)*. Tener el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid mejorará y simplificará la coordinación de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Hay beneficios para usted si está cubierto por el mismo plan de salud para Medicare y Medicaid. Algunos de estos beneficios incluyen:

- Usted recibe una mejor coordinación de su atención a través del mismo plan de salud.
- Tiene un solo plan de salud y un solo número de teléfono para hacer preguntas sobre todos sus beneficios.
- Trabaja con el mismo Coordinador de Atención para Medicare y Medicaid.

Esta persona trabajará con usted y con sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Si elige el pago por servicio de Medicare o un plan de Medicare que no sea nuestro plan D-SNP de Medicare, trabajaremos con su plan de Medicare para coordinar sus beneficios.

## ¿Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) de Medicare?

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) brinda asesoría gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare. En Virginia, el SHIP se llama Programa de Orientación y Asistencia sobre Seguros de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP). Puede ponerse en contacto con el Programa de Orientación y Asistencia sobre Seguros de Virginia si necesita ayuda con sus **opciones de seguro médico de Medicare**. El VICAP puede ayudarlo a entender las opciones de su plan Medicare y responder sus preguntas sobre cambiarse a un nuevo plan de Medicare. El VICAP es un programa independiente gratuito y no está conectados a ningún plan de salud de CCC Plus.

<b>LLAME AL</b>	1-800-552-3402 Esta llamada es gratuita.
<b>TTY</b>	Los usuarios de TTY deben marcar 711
<b>ESCRIBA A</b>	Programa de Orientación y Asistencia sobre Seguros de Virginia 1610 Forest Avenue, Suite 100 Henrico, Virginia 23229
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:aging@dars.virginia.gov">aging@dars.virginia.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm">https://www.vda.virginia.gov/vicap.htm</a>



### 3. Cómo funciona CCC Plus

Optima Health Community Care tiene acuerdos con médicos, especialistas, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos prolongados, y otros proveedores. Estos proveedores conforman nuestra red de proveedores. También tendrá un Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención trabajará en estrecha colaboración con usted y sus proveedores para comprender y satisfacer sus necesidades. Su Coordinador de Atención también le brindará información sobre sus servicios cubiertos y las opciones que están disponibles para usted. Consulte *Su Coordinador de Atención* en la Sección 4 de este manual.

#### ¿Cuáles son las ventajas de CCC Plus?

CCC Plus brinda apoyos centrados en la persona y coordinación para satisfacer sus necesidades individuales. Algunas de las ventajas de CCC Plus incluyen:

- Tendrá un equipo de atención que usted ayuda a conformar. Su equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención trabajará con usted y con sus proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá controlar su propia atención con la ayuda del equipo de atención y el Coordinador de Atención.
- Su equipo de atención y el Coordinador de Atención trabajarán con usted para desarrollar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud o apoyos prolongados. Su equipo de atención estará a cargo de coordinar los servicios que necesita. Esto significa, por ejemplo:
  - Su equipo de atención médica se asegurará de que sus médicos sepan acerca de todos los medicamentos que toma para que puedan reducir los efectos secundarios.

- Su equipo de atención se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores para que puedan mantenerse informados sobre su estado de salud y sus necesidades.
- Opciones de tratamiento que incluyen atención de prevención, de rehabilitación y basada en la comunidad.
- Una enfermera de guardia u otro personal con licencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder sus preguntas. Estamos aquí para ayudarlo. Puede contactarnos llamando al número que se encuentra en la parte inferior de esta página. Consulte también *Línea de consejo médico disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana* en la Sección 5 de este manual.

## ¿Cuáles son las ventajas de elegir Optima Health Community Care?

Optima Health es una empresa local con sede en Virginia, con más de 30 años de experiencia en la prestación de atención a nuestros miembros. Optima Health Community Care utiliza una coordinación de atención integral centrada en la persona que aborda las necesidades de salud física, salud conductual y de cuidados prolongados de los miembros. A través de un modelo de atención personalizada, Optima Health coordina una amplia gama de servicios, desde servicios de bienestar y prevención hasta atención médica en el hogar y atención de enfermería, para lograr los mejores resultados. Al crear un Plan de atención individualizada para cada miembro, se incorporan consideraciones como la vivienda y las preferencias de los miembros en cuanto a otras necesidades.

Nuestros Coordinadores de Atención tienen una amplia gama de experiencias para satisfacer las necesidades especiales de la población, como enfermería, trabajo social, y servicios humanos y de salud. Consulte *Su Coordinador de Atención* en la Sección 4 de este manual para obtener información adicional.

Este programa también ofrece los siguientes beneficios adicionales: ayuda para dejar de fumar, dispositivos de asistencia, control de plagas, servicios odontológicos para adultos, oftalmología para adultos, cuidados para el pie diabético, servicio de comidas a domicilio, control de peso, seguridad en el hogar, cuidado de la memoria y teléfonos celulares gratuitos.

## Continuidad del período de atención

La continuidad del período de atención es de 30 días. Si Optima Health Community Care es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que acude ahora durante los primeros 30 días. También puede continuar obteniendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización o durante 30 días después de su inscripción, lo que ocurra primero. Después de 30 días en nuestro plan, tendrá que acudir a médicos y otros proveedores en la red de Optima Health Community Care. Un proveedor de la red es un proveedor que tiene un acuerdo y trabaja con nuestro plan de salud.

Si está en un centro de enfermería al inicio del programa CCC Plus, puede optar por:

- Permanecer en el centro, siempre y cuando continúe cumpliendo con los criterios del DMAS de Virginia para la atención en un centro de enfermería.
- Trasladarse un centro de enfermería diferente.
- Recibir servicios en su hogar u otro entorno comunitario.

La continuidad del período de atención puede ser mayor de 30 días. Optima Health Community Care puede extender este período hasta que se realice la evaluación de riesgos de salud. Optima Health Community Care también extiende este período para que tenga una transición segura y eficaz a un proveedor calificado dentro de nuestra red. Hable con su Coordinador de Atención si desea obtener más información sobre estas opciones.

## Si tiene otra cobertura

Medicaid es el pagador de último recurso. Esto significa que, si usted tiene otro seguro, sufre un accidente automovilístico o se lesiona en el trabajo, su otro seguro o la Indemnización para Trabajadores tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicaid cuando Medicaid no es el primer pagador. No intentaremos cobrar ningún pago directamente de su parte. Comuníquese con Servicios al Miembro si tiene otro seguro para que podamos coordinar mejor sus beneficios. Su

Coordinador de Atención también trabajará con usted y su otro plan de salud para coordinar sus servicios.





## 4. Su Coordinador de Atención

Usted tiene un Coordinador de Atención dedicado que puede ayudarlo a entender sus servicios cubiertos y cómo acceder a estos servicios cuando sea necesario. Su Coordinador de Atención también lo ayudará a trabajar con su médico y otros profesionales de la salud (como personal de enfermería y fisioterapeutas) para realizar una evaluación de riesgos de salud y desarrollar un plan de atención que considere sus necesidades y preferencias. Ofrecemos más información sobre la *evaluación de riesgos de salud* y el *plan de atención* a continuación.

### ¿Cómo puede ayudar su Coordinador de Atención?

Su Coordinador de Atención puede:

- Responder preguntas sobre su atención médica.
- Proporcionar asistencia con la programación de citas.
- Responder preguntas sobre cómo obtener cualquiera de los servicios que necesita. Por ejemplo: servicios de salud conductual, transporte, y servicios y apoyos prolongados (Long-Term Services and Supports, LTSS).
  - Los servicios y apoyos prolongados (LTSS) son una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar la calidad de sus vidas y facilitar su máxima independencia. Los ejemplos incluyen servicios de asistencia personal (asistencia para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal), así como apoyo para tareas cotidianas tales como preparar comidas, lavar la ropa e ir de compras. Los LTSS se proporcionan durante un largo período, generalmente en hogares y comunidades, pero también en centros de enfermería.
- Ayudar a organizar el transporte a sus citas cuando sea necesario. Si necesita transporte para recibir un servicio cubierto por Medicaid y no puede llegar hasta allá, se cubre el transporte regular. Solo llame al 1-855-325-7558 (línea gratuita) o a su Coordinador de Atención para solicitar ayuda.

- Responder las preguntas que pueda tener sobre su atención médica diaria y sus necesidades de vida, incluidos estos servicios:
  - Atención de enfermería especializada
  - Fisioterapia
  - Terapia ocupacional
  - Terapia del habla
  - Atención médica en el hogar
  - Servicios de cuidado personal
  - Servicios de salud conductual
  - Servicios para tratar la adicción
  - Otros servicios que usted necesite

Para ayudar con su atención, estas son algunas cosas que usted puede hacer para prepararse para su reunión con su Coordinador de Atención:

- Prepare una lista de sus servicios de gestión de casos actuales.
- Prepare una lista de sus médicos y otros proveedores de servicios actuales.
- Prepare una lista de los miembros de su familia y cuidadores que quieran participar en su plan de atención, así como la información de contacto de los mismos.
- Prepare una copia de sus declaraciones de voluntad anticipada o testamento en vida.

## ¿Qué es una evaluación de salud?

Dentro de los cuatro meses siguientes a la inscripción en Optima Health Community Care, uno de nuestros representantes se pondrá en contacto con usted o con su representante autorizado por vía telefónica o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades médicas y sociales. Estas preguntas conforman lo que se denomina la “evaluación de salud”. El representante le

preguntará sobre cualquier condición médica que tenga actualmente o haya tenido en el pasado, su capacidad para hacer cosas cotidianas y sus condiciones de vida.

Sus respuestas ayudarán a Optima Health Community Care a entender sus necesidades, identificar si tiene o no necesidades médicas complejas, y a determinar cuándo se requiere su evaluación de riesgos de salud. Optima Health Community Care utilizará sus respuestas para desarrollar su plan de atención (para obtener más información sobre su plan de atención, consulte a continuación).

Si necesita adaptaciones para participar en la evaluación de salud, póngase en contacto con Optima Health Community Care.

Si tiene preguntas sobre la evaluación de salud, comuníquese con Servicios al Miembro de Optima Health Community Care al 1-888-512-3171, TTY 1-844-552-8148. Esta llamada es gratuita.

## **¿Qué es una evaluación de riesgos de salud?**

Después de inscribirse en Optima Health Community Care, su Coordinador de Atención se reunirá con usted para hacerle algunas preguntas acerca de su salud, necesidades y opciones. Su Coordinador de Atención hablará con usted sobre cualquier necesidad de servicios médicos, conductuales, físicos y sociales que pueda tener. Esta reunión puede ser en persona o por vía telefónica y se conoce como una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA). Una HRA es una evaluación completa y detallada de su estado médico, conductual, social, emocional y funcional. Su Coordinador de Atención es quien normalmente completa la HRA. Esta evaluación de riesgos de salud permitirá que su Coordinador de Atención entienda sus necesidades y lo ayude a obtener los cuidados que necesita.

## **¿Qué es un plan de atención?**

Un plan de atención incluye los tipos de servicios de salud que se necesitan y cómo los obtendrá. Se basa en su evaluación de riesgos de salud. Después de que usted y su Coordinador de Atención completen su evaluación de riesgos de salud, su equipo de atención se reunirá con usted para hablar sobre los servicios y apoyos

médicos o prolongados que necesita y desea, así como sus metas y preferencias. Juntos, usted y su equipo de atención crearán un plan de atención personalizado, específico para sus necesidades (*esto también se denomina plan de atención centrado en la persona*). Su equipo de atención trabajará con usted para actualizar su plan de atención cuando cambien los servicios médicos que necesite o elija, y al menos una vez al año.

## ¿Cómo comunicarse con su Coordinador de Atención?

Puede comunicarse con su Coordinador de Atención llamando al número de teléfono principal,

757-552-8398 o a través de la línea gratuita 1-866-546-7924, o llamando a su Coordinador de Atención a su línea directa. Debería recibir una carta de su Coordinador de Atención, que explique cómo ponerse en contacto con él o ella directamente.

### LLAME AL

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

*Escriba el número de teléfono una vez que reciba la información de contacto de su Coordinador de Atención.*

Esta llamada es gratuita.

Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro, o que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.

Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.

<b>TTY</b>	1-844-552-8148. Esta llamada es gratuita. También puede llamar al 711, el servicio de retransmisión de telecomunicaciones. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
<b>FAX</b>	<i>Escriba el número de fax una vez que reciba la información de contacto de su Coordinador de Atención.</i>
<b>ESCRIBA A</b>	4417 Corporation Lane Virginia Beach, VA 23462
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<i>Escriba la dirección de correo electrónico una vez que reciba la información de contacto de su Coordinador de Atención.</i>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://optimahealth.com/members">optimahealth.com/members</a>



## 5. Ayuda de Servicios al Miembro

Nuestro personal de Servicios al Miembro está disponible para ayudarlo si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, servicios o procedimientos, o si tiene alguna inquietud acerca de Optima Health Community Care. Servicios al Miembro está disponible para las preguntas de los miembros de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes, excepto durante los días festivos del estado de Virginia.

### ¿Cómo comunicarse con Servicios al Miembro de Optima Health Community Care?

<b>LLAME AL</b>	1-888-512-3171. Esta llamada es gratuita. A diario, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes. La Línea de Consejo de Enfermería Fuera de Horario está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder a sus preguntas en el número: 757-552-8899 o en la línea gratuita 1-844-387-9420. Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	1-844-552-8148. Esta llamada es gratuita. También puede llamar al 711, el servicio de retransmisión de telecomunicaciones. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
<b>ESCRIBA A</b>	4417 Corporation Lane Virginia Beach, VA 23462

## ¿Cómo puede ayudar Servicios al Miembro?

Servicios al Miembro puede:

- Responder las preguntas que tenga sobre Optima Health Community Care.
- Responder las preguntas que tenga sobre reclamaciones, facturación o su tarjeta de identificación de miembro.
- Ayudarlo a encontrar un médico o a averiguar si un médico pertenece a la red de Optima Health Community Care.
- Ayudarlo a cambiar su médico de atención primaria (PCP).
- Proporcionar información acerca de las decisiones de cobertura sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos).
  - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
    - sus beneficios y servicios cubiertos; o
    - el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- Proporcionar información sobre cómo puede presentar una apelación acerca de una decisión de cobertura sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos). Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y de pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error (consulte *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual).
- Quejas sobre sus servicios de atención médica (incluidos los medicamentos). Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que tiene un acuerdo y trabaja con el plan de salud. También puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que recibió, o puede hacerlo a través de la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 (consulte *Su derecho a presentar una queja* en la



Sección 15 de este manual).

## **Línea de Consejo Médico disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Si no puede comunicarse con su Coordinador de Atención, puede comunicarse con una enfermera o un profesional de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que responda sus preguntas al número: 757-552-8899 o a la línea gratuita 1-844-387-9420.

Una enfermera registrada le pedirá que describa su situación médica con el mayor detalle posible cuando llame a la Línea de Consejo de Enfermería Fuera de Horario. Asegúrese de mencionar cualquier otra condición médica que tenga, como diabetes o hipertensión.

Dependiendo de la situación, es posible que le indiquen tratamientos caseros adecuados o le recomienden visitar a su médico del plan. Si es necesario, la enfermera lo pueden dirigir a un centro de atención de urgencia o a un departamento de emergencias.

El personal de nuestra Línea de Consejo Médico Fuera de Horario tiene capacitación en medicina de emergencia, cuidados agudos, gineco-obstetricia y atención pediátrica. Están bien preparados para responder sus preguntas sobre salud médica o conductual. Sin embargo, dado que no pueden tener acceso a los registros médicos, no pueden diagnosticar ni tratar condiciones médicas, solicitar análisis de laboratorio, recetar medicamentos, solicitar servicios de atención médica en el hogar ni iniciar admisiones o altas hospitalarias.

<b>LLAME AL</b>	<p>757-552-8899 o a la línea gratuita 1-844-387-9420. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>TTY: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>

**La Línea de Crisis de Salud Conductual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Nuestra Línea de Crisis de Salud Conductual es atendida por profesionales calificados para identificar y ayudar a personas en crisis. Comuníquese con Optima Health Community Care si no sabe cómo obtener servicios durante una crisis. Lo ayudaremos a encontrar un proveedor durante una crisis. Llame al 757-552-7580 o a la línea gratuita 1-888-946-1168. Si tiene pensamientos sobre hacerse daño a sí mismo o a alguien más, usted debe:

- Obtener ayuda inmediata llamando al 911.
- Acudir al hospital más cercano para recibir atención de emergencia.

<b>LLAME AL</b>	<p>757-552-7580 o a la línea gratuita 1-888-946-1168. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro, o que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>TTY: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>

**Línea de Consejo de los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana**

Si no puede comunicarse con su Coordinador de Atención, puede comunicarse con un profesional de salud de los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (Addiction and Recovery Treatment Services, ARTS) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para que responda sus preguntas llamando al: 757-552-7580 o a la línea gratuita 1-888-946-1168. La llamada es gratuita.

La Línea de Consejo Médico de ARTS está disponible para responder preguntas a los miembros que buscan ayuda con el abuso de sustancias.

<b>LLAME AL</b>	<p>757-552-7580 o a la línea gratuita 1-888-946-1168. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro, o que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.</p> <p>Tenemos servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>TTY: 711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.</p>

**Si usted no habla inglés**

Podemos brindarle servicios de traducción. Servicios al Miembro de Optima Health Community Care tiene empleados que hablan su idioma y somos capaces de acceder a servicios de interpretación. También tenemos información escrita en muchos idiomas para nuestros miembros. Actualmente, los materiales escritos están disponibles en inglés y español. Si necesita interpretación, llame a Servicios al Miembro (sin costo) al 1-855-687-6260 y pida hablar con un intérprete o solicite materiales escritos en su idioma.

## **Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para entender la información o trabajar con su Coordinador de Atención**

Ofrecemos adaptaciones razonables a las personas con discapacidades, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Esto incluye, entre otros, las comunicaciones accesibles (como un intérprete calificado en lenguaje de señas), materiales en braille o en letras grandes, etc. Si necesita una adaptación razonable, llame a Servicios al Miembro (sin costo) al 1-888-512-3171 para solicitar la ayuda que necesita.

## **Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicaid**

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, comuníquese con su trabajador de elegibilidad de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o condado donde vive. Si tiene preguntas sobre los servicios que recibe de parte de Optima Health Community Care, llame al número de Servicios al Miembro que se encuentra a continuación.

## 6. ¿Cómo obtener atención y servicios?

### ¿Cómo obtener atención de su médico de atención primaria?

#### Su médico de atención primaria

Un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) es un médico que usted selecciona, quien cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Por lo general, verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Su PCP trabajará con usted y su Coordinador de Atención para coordinar la mayoría de los servicios que recibe como miembro de nuestro plan. La coordinación de sus servicios o insumos incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita ver a un médico que no sea su PCP, es posible que necesite una remisión (autorización) de su PCP. Asimismo, es posible que deba obtener la aprobación por adelantado de su PCP antes de recibir ciertos tipos de servicios o insumos cubiertos. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización (aprobación previa). Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos pasados al consultorio de su PCP. Comuníquese con Servicios al Miembro o con su Coordinador de Atención con cualquier pregunta que tenga sobre cómo transferir sus registros médicos a su PCP o sobre su atención y servicios.

#### Elegir su PCP

Los miembros nuevos tienen derecho a elegir a un PCP en nuestra red poco después de unirse a Optima Health Community Care, llamando a Servicios al Miembro al **1-888-512-3171**. Si aún no tiene un PCP, debe solicitar uno antes del día 25 del mes anterior a la fecha efectiva de inscripción; en caso contrario, Optima Health Community Care puede asignarle uno. Tiene derecho a cambiar su PCP en cualquier momento llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Si no tiene un PCP en nuestra red, podemos ayudarlo a encontrar un PCP

altamente calificado en su comunidad. Para obtener ayuda para encontrar un proveedor, puede usar nuestro directorio de proveedores en línea en: [optimahealth.com](http://optimahealth.com). El directorio de proveedores incluye una lista de todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, especialistas, proveedores de servicios y apoyos prolongados, y otros proveedores que trabajan con Optima Health Community Care. El directorio también incluye información sobre las adaptaciones que cada proveedor tiene para personas que tienen discapacidades o que no hablan inglés. También podemos proporcionarle una copia impresa del directorio de proveedores. Igualmente, puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o llamar a su Coordinador de Atención para obtener ayuda.

Tal vez le convenga encontrar un médico que:

- Lo conozca y entienda su condición de salud.
- Esté aceptando pacientes nuevos.
- Pueda hablar su idioma.
- Tenga adaptaciones apropiadas para personas con discapacidades físicas u otras discapacidades.

Si tiene una discapacidad o una enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP. También tenemos acuerdos con Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) que brindan atención primaria y especializada. Otra clínica también puede actuar como su PCP, si la clínica es un proveedor de la red.

Las mujeres también pueden elegir un gineco-obstetra para problemas de salud de la mujer. Estos incluyen chequeos de rutina, atención de seguimiento si hay un problema y atención regular durante un embarazo. Las mujeres no necesitan la remisión de un PCP para ver a un proveedor de gineco-obstetricia en nuestra red.

### **Si tiene Medicare, cuéntenos acerca de su PCP**

Si tiene Medicare, usted no tiene que elegir un PCP en la red de Optima Health Community Care. Simplemente llame a Servicios al Miembro o a su Coordinador de Atención para hacernos saber el nombre y la información de contacto de su PCP.

Coordinaremos su atención con su PCP asignado por Medicare.

### **Si su PCP actual no está en nuestra red**

Si no tiene Medicare, usted tiene que elegir un PCP que esté en la red de Optima Health Community Care. Puede seguir viendo a su PCP actual durante el período de continuidad de la atención, incluso si no está en la red Optima Health Community Care. La continuidad del período de atención es de 30 días. Su Coordinador de Atención puede ayudarlo a encontrar un PCP en nuestra red. Al final del período de continuidad de la atención, si usted no elige un PCP en la red de Optima Health Community Care, le asignaremos uno.

### **Cambiar su PCP**

Puede llamar a Servicios al Miembro para cambiar su PCP por otro PCP en nuestra red en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar nuestra red. Le informaremos en un plazo de 15 días desde que lo sepamos. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP.

También puede cambiar su PCP en cualquier momento al iniciar sesión en su cuenta MyOptima en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members). Si no tiene una cuenta MyOptima, visite [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) y seleccione “Register for Secure Access” para crear su cuenta (tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro).

Los cambios realizados en línea generalmente tardan 24 horas en procesarse y se pueden cambiar una vez cada 30 días.

Una vez que se registre e inicie sesión:

- Seleccione “Change Primary Care Physician” (Cambiar médico de atención primaria) en el menú a la izquierda.
- Seleccione el miembro de su plan al que le gustaría asignarle un nuevo PCP y luego haga clic en “Continue” (Continuar).
- En la ventana emergente “Find a Doctor” (Buscar un médico) confirme que su dirección sea correcta.

Si lo desea, limite los resultados de búsqueda con los filtros de búsqueda



proporcionados (Distancia desde la dirección [Distance from address], Especialidad [Specialty], Red clínicamente integrada [Clinically Integrated Network], Médico [Doctor] o Nombre del ejercicio profesional [Practice Name]), luego haga clic en “Search” (Buscar).

- Para seleccionar un PCP nuevo a partir de los resultados de búsqueda, haga clic en el botón “Make PCP” (Establecer como PCP) al lado del médico de su elección. Su selección aparecerá en la página de su cuenta MyOptima.
- Elija un motivo para cambiar su PCP del menú desplegable en la página de su cuenta MyOptima, luego haga clic en "Continue".
- Tenga en cuenta la fecha de entrada en vigor y el número de confirmación de su nuevo PCP, o seleccione “Print” (Imprimir) para imprimir una copia para sus registros.

### **Obtener una cita con su PCP**

Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Llame a su PCP para programar una cita. Si necesita atención antes de su primera cita, llame al consultorio de su PCP para solicitar una cita más pronto. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios al Miembro al número a continuación.

### **Estándares para las citas**

Usted debería poder obtener una cita con su PCP dentro del mismo período que cualquier otro paciente que el PCP atiende. Espere los siguientes plazos para ver a un proveedor:

- Para una emergencia: inmediatamente.
- Para consultas de atención de urgencia con síntomas: dentro de las 24 horas de la solicitud.
- Para visitas de atención primaria de rutina: dentro de 30 días calendario.

Si está embarazada, debe poder hacer una cita para ver a un gineco-obstetra de la siguiente manera:

- Primer trimestre (primeros 3 meses): dentro de catorce (14) días calendario de la solicitud.

- Segundo trimestre (de 3 a 6 meses): dentro de siete (7) días calendario de la solicitud.
- Tercer trimestre (de 6 a 9 meses): dentro de cinco (5) días hábiles de la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo: dentro de tres (3) días hábiles o inmediatamente si existe una emergencia.

Si no puede recibir una cita dentro de los plazos mencionados anteriormente, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra a continuación y lo ayudarán a conseguir la cita.

## ¿Cómo obtener atención de proveedores de la red?

Nuestra red de proveedores incluye acceso a la atención las 24 horas al día, los 7 días de la semana, e incluye hospitales, médicos, especialistas, centros de atención de urgencia, centros de enfermería, proveedores de servicios basados en el hogar y la comunidad, proveedores de intervención temprana, de terapia de rehabilitación y de servicios de tratamiento para la adicción y de recuperación, proveedores de atención médica en el hogar y de hospicio, proveedores de equipos médicos duraderos y otros tipos de proveedores. Optima Health Community Care le ofrece una selección de proveedores, ubicados de manera que no tenga que viajar muy lejos para verlos. Puede haber circunstancias especiales en las que se requiera un tiempo de viaje más largo; sin embargo, eso debería ser solo en raras ocasiones.

### **Estándares para el tiempo y distancia de viaje**

Optima Health Community Care le proporcionará los servicios que necesita dentro de los estándares de tiempo y distancia de viaje descritos en la tabla a continuación. Estos estándares se aplican a los servicios para los que debe viajar a fin de recibirlos de parte de proveedores de la red. Estos estándares no se aplican a los proveedores que le brindan servicios en el hogar. Si vive en un área urbana, no debería tener que viajar más de 30 millas o 45 minutos para recibir los servicios. Si vive en un área rural, en la región de Roanoke/Alleghany, o en la región suroeste, no debe tener que viajar más de 60 millas o 75 minutos para recibir servicios.

<b>Estándares para el tiempo y distancia de viaje de los miembros</b>		
<b>Estándar</b>	<b>Distancia</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Área urbana</b>		
• PCP	15 millas	30 minutos
• Especialistas y otros proveedores	30 millas	45 minutos
<b>Área rural</b>		
• PCP	30 millas	45 minutos
• Especialistas y otros proveedores	60 millas	75 minutos
<b>Regiones de Roanoke/Alleghany y suroeste</b>		
<b>Estándar</b>	<b>Distancia</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Área urbana y rural</b>		
• PCP	30 millas	45 minutos
• Especialistas y otros proveedores	60 millas	75 minutos

### **Accesibilidad**

Optima Health Community Care quiere asegurarse de que todos los proveedores y servicios sean tan accesibles (incluido el acceso físico y geográfico) a personas con discapacidades como lo son para personas sin discapacidades. Si tiene dificultades para obtener una cita con un proveedor o para acceder a los servicios debido a una discapacidad, comuníquese con Servicios al Miembro llamando a los teléfonos que se encuentran a continuación para obtener ayuda.

### **¿Qué son los “proveedores de la red”?**

Los proveedores de la red de Optima Health Community Care incluyen:

- Médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan.
- Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan.
- Proveedores de intervención temprana, agencias de atención médica en el hogar y proveedores de equipos médicos duraderos.
- Proveedores de servicios y apoyos prolongados (LTSS), incluidos centros de enfermería, hospicio, atención médica diurna para adultos, cuidado personal, atención de relevo y otros proveedores de LTSS.

Los proveedores de la red han acordado aceptar el pago de nuestro plan como pago completo por servicios cubiertos.

### **¿Qué son las “farmacias de la red”?**

Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han aceptado surtir recetas para nuestros miembros. Utilice el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar.

Excepto durante una emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas. Llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página para obtener más información. Tanto Servicios al Miembro como el sitio web de Optima Health Community Care pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

### **¿Qué son los especialistas?**

Si necesita atención que su PCP no puede brindarle, este puede remitirlo a un especialista. La mayoría de los especialistas se encuentran en la red de Optima Health Community Care. Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- *Los oncólogos* atienden a pacientes con cáncer.
- *Los cardiólogos* atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- *Los ortopedistas* atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Si necesita ver a un especialista para atención continua, su PCP podría darle una remisión por un número de consultas o una duración específicos (conocido como una remisión permanente). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención. Si tiene una afección discapacitante o enfermedad crónica, puede preguntarnos si su especialista puede ser su PCP.

No necesita una remisión de su PCP para obtener atención especializada. Si usted y

su PCP toman la decisión de consultar a un especialista del plan, su PCP coordinará su atención y usted puede programar su propia cita. Antes de consultar a un especialista, debe confirmar que el especialista del plan pertenece a la red de Optima Health. Visite [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) o comuníquese con Servicios al Miembro llamando al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para asegurarse de que su especialista se encuentra en la red.

Para saber si un médico o especialista pertenece a nuestra red, inicie sesión en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members), seleccione “Find Doctors, Drugs and Facilities” (Buscar médicos, medicamentos y centros) en el menú superior. Luego seleccione “Search Your Network” (Buscar en su red). Al iniciar sesión, toda la información pertinente, como su dirección y la red de su plan de salud, se rellenará previamente. Elija qué tipo de médico o centro está buscando e ingrese cualquier información adicional. Se mostrarán los resultados de su red.

### **Si su proveedor abandona nuestro plan**

Un proveedor de la red que usted esté utilizando podría dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Cuando sea posible, le avisaremos con al menos 15 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a pedir que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para asegurarnos de ello.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja o solicitar un nuevo proveedor.

- Si descubre que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con su Coordinador de Atención para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

## ¿Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red?

Si no contamos con un especialista en la red de Optima Health Community Care para brindarle la atención que necesita, le brindaremos dicha atención de un especialista fuera de la red de Optima Health Community Care. También lo atenderemos fuera de la red de Optima Health Community Care en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando Optima Health Community Care ha aprobado a un médico fuera de su red establecida.
- Cuando un proveedor o centro fuera de la red le brinda servicios de emergencia y de planificación familiar.
- Cuando recibe tratamiento de emergencia por parte de proveedores que no están en la red.
- Cuando los servicios médicos necesarios no están disponibles en la red de Optima Health Community Care.
- Cuando Optima Health Community Care no puede proporcionar el especialista necesario dentro del estándar de distancia de más de 30 millas en áreas urbanas o más de 60 millas en áreas rurales.
- Cuando el tipo de proveedor necesario y disponible en la red de Optima Health Community Care no presta el servicio que usted necesita, por objeciones morales o religiosas.
- Dentro de los primeros 30 días calendario de su inscripción, cuando su proveedor no sea parte de la red de Optima Health Community Care pero le haya brindado tratamiento con anterioridad.
- Si está en un centro de enfermería cuando se inscribe en Optima Health Community Care, y el centro de enfermería no está en la red de Optima Health Community Care.

Si su PCP u Optima Health Community Care lo remiten a un proveedor fuera de nuestra red, usted no es responsable por ninguno de los costos, excepto por su *pago como paciente* por servicios y apoyos prolongados. Consulte la Sección 13 de este manual para obtener información sobre lo que es un *pago como paciente* y cómo saber si tiene uno.

### **Atención de proveedores fuera del estado**

Optima Health Community Care no se hace responsable de los servicios que usted obtenga fuera de Virginia, excepto en las siguientes circunstancias:

- Servicios necesarios de emergencia o posteriores a la estabilización.
- Cuando es una práctica general para quienes viven en su localidad utilizar recursos médicos en otro estado.
- Los servicios requeridos sean médicamente necesarios y no estén disponibles dentro de la red ni dentro de la Mancomunidad de Virginia.

### **Los proveedores de la red no pueden facturarle directamente**

Los proveedores de la red siempre deben facturar a Optima Health Community Care. Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden hacerle pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle si pagamos menos de lo que el proveedor nos cobró; esto se conoce como “facturación de saldos”. Esto se cumple incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Si decidimos no pagar por algunos cargos, usted igual no tiene que pagar.

### **Si recibe una factura por servicios cubiertos**

Si se le factura por cualquiera de los servicios cubiertos por nuestro plan, no debe pagar la factura. Si paga la factura, es posible que Optima Health Community Care no pueda reembolsarle.

Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red o por servicios que estén cubiertos fuera de la red (por ejemplo, servicios de emergencia o de planificación familiar), envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y nos encargaremos de la factura de los servicios cubiertos.

## Si recibe atención de proveedores fuera de Estados Unidos

Nuestro plan no cubre ninguna atención que obtenga fuera de Estados Unidos.



## 7. ¿Cómo obtener atención durante una emergencia?

### ¿Qué es una emergencia?

Sus emergencias siempre están cubiertas. Una emergencia es una enfermedad repentina o inesperada, dolor intenso, accidente o lesión que podrían causar lesiones graves o la muerte si no se tratan de inmediato.

### ¿Qué hacer en caso de una emergencia?

¡Llame al 911 inmediatamente! No tiene que llamar a Optima Health primero. No necesita una autorización ni una remisión para los servicios de emergencia.

Acuda al hospital más cercano. Llamar al 911 lo ayudará a llegar a un hospital. Puede usar cualquier hospital para recibir atención de emergencia, incluso si se encuentra en otra ciudad o estado. Si está ayudando a alguien más, intente mantener la calma.

Dígale al hospital que usted es miembro de Optima Health Community Care. Pídales que llamen a Optima Health Community Care al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de CCC Plus.

### ¿Qué es una emergencia médica?

Esto es cuando una persona considera que debe actuar rápidamente para prevenir problemas de salud graves. Incluye síntomas como dolor intenso o lesiones graves. La condición es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted cree que podría causar:

- un riesgo grave para su salud; o
- un daño grave a las funciones corporales; o
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, lo que significa trabajo de parto en un momento en que cualquiera de los siguientes

ocurriría:

- no hay tiempo suficiente para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto; o
- la transferencia puede representar una amenaza para su salud o seguridad o las de su hijo por nacer.

## ¿Qué es una emergencia de salud conductual?

Una emergencia de salud conductual es cuando una persona piensa acerca de, o teme que pueda, lastimarse a sí misma o a otra persona.

## Ejemplos de casos que no son emergencias

Ejemplos de situaciones que no son una emergencia: resfriados, dolor de garganta, malestar estomacal, cortaduras y magulladuras leves, o esguinces musculares. Si no está seguro, llame a su PCP o a la línea de consejo médico de Optima Health Community Care las 24 horas del día, los 7 días de la semana al: 757-552-8899 o a la línea gratuita 1-844-387-9420.

## Si tiene una emergencia cuando está lejos de casa

Es posible que usted o un miembro de su familia tengan una emergencia médica o de salud conductual cuando estén lejos de casa. Puede que esté visitando a alguien fuera de Virginia. Mientras viaja, sus síntomas pueden empeorar repentinamente. Si esto sucede, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano. Puede usar cualquier hospital para atención de emergencia. Muéstreles su tarjeta de Optima Health Community Care. Dígales que está en el programa de Optima Health Community Care.

## ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia?

Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos. Si necesita una ambulancia para llegar a la sala de emergencias, nuestro plan cubre el transporte en ambulancia. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia.

Esos médicos nos informarán cuando finalice su emergencia médica.

## **Notificar a Optima Health Community Care sobre su emergencia**

Notifique a su médico y a Optima Health Community Care tan pronto como sea posible sobre la emergencia dentro de 48 horas, si puede. Sin embargo, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a un retraso para informarnos. Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Su Coordinador de Atención lo ayudará a obtener los servicios correctos antes de darle el alta para asegurarse de que reciba la mejor atención posible. Llame a Servicios al Miembro al 1-888-512-3171. Este número también figura en el reverso de su tarjeta de miembro de Optima Health Community Care.

## **Después de una emergencia**

Optima Health Community Care brindará la atención de seguimiento debida, incluso con proveedores fuera de la red si es necesario, hasta que su médico le indique que su condición es lo suficientemente estable como para que pueda ser transferido a un proveedor dentro de la red o para que le den el alta. Si recibe atención de emergencia de parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible después de que su médico indique que se encuentra estable. Es posible que también necesite atención de seguimiento para asegurarse de que se mejore. Cubriremos su atención de seguimiento.

## **Si usted es hospitalizado**

Si es hospitalizado, un miembro de la familia o un amigo deben ponerse en contacto con Optima Health Community Care tan pronto como sea posible. Al mantener a Optima Health Community Care informado, su Coordinador de Atención puede trabajar con el equipo del hospital para organizar la atención y los servicios adecuados para usted antes del alta. Su Coordinador de Atención también mantendrá informado a su equipo médico, incluidos sus proveedores de servicio de atención en el hogar, sobre sus planes durante su estadía en el hospital.

y de alta.

## Si no era una emergencia médica

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Usted podría acudir para recibir atención de emergencia y el médico le dice que en realidad no fue una emergencia médica. Siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención. Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si sigue las *Reglas de cobertura general* descritas en la Sección 10 de este manual.



## 8. ¿Cómo obtener atención de urgencia?

### ¿Qué es atención de urgencia?

La atención de urgencia es atención que recibe por una enfermedad, lesión o condición repentina, que no pone en peligro la vida y que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Por ejemplo, es posible que tenga una condición existente que empeora y deba tratarla de inmediato. Otros ejemplos de atención de urgencia incluyen esguinces, torceduras, erupciones cutáneas, infecciones, fiebre, gripe, etc. En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención de urgencia únicamente si obtiene esta atención de un proveedor de la red. Sin embargo, si no puede ir con un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar una lista de centros de atención de urgencia con los que trabajamos en nuestro Directorio de proveedores y farmacias, disponible en nuestro sitio web en [optimahealth.com/members](http://optimahealth.com/members).

Cuando se encuentre fuera del área de servicio, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.



## 9. ¿Cómo obtener sus medicamentos recetados?

Esta sección explica las normas para obtener sus *medicamentos recetados como paciente ambulatorio*. Estos son los medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene de una farmacia o droguería.

### Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de Optima Health Community Care

Optima Health Community Care generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted siga las normas en esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor autorizado escriban su receta. Esta persona a menudo es su médico de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su médico de atención primaria lo ha remitido para recibir atención.
2. Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar en la Lista de medicamentos cubiertos de Optima Health Community Care. Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una autorización de servicio.
4. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por cierta literatura de referencia.
5. Si tiene Medicare, la mayoría de sus medicamentos están cubiertos a través de su proveedor de Medicare. No podemos pagar por ningún medicamento que esté cubierto por la Parte D de Medicare, incluidos los copagos.
6. Optima Health Community Care puede proporcionar cobertura para coaseguro y deducibles para los medicamentos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.



## ¿Cómo surtir sus recetas?

En la mayoría de los casos, Optima Health Community Care pagará las recetas solo si se surten en una farmacia de la red de Optima Health Community Care. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir recetas para nuestros miembros. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, o llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o a su Coordinador de Atención.

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de identificación de miembro en su farmacia de la red. Si tiene Medicare, muestre sus tarjetas de identificación de la Parte D de Medicare y de Optima Health Community Care. La farmacia de la red facturará a Optima Health Community Care por el costo de su medicamento recetado cubierto. Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro cuando surta su receta, solicite a la farmacia que llame a Optima Health Community Care para obtener la información necesaria.

Si necesita ayuda para surtir una receta, puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o llamar a su Coordinador de Atención.

## Lista de medicamentos cubiertos

Optima Health Community Care tiene una Lista de medicamentos cubiertos que Optima Health Community Care selecciona con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cubiertos de Optima Health Community Care también incluye todos los medicamentos en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) del DMAS. La Lista de medicamentos cubiertos se puede encontrar en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members). La Lista de medicamentos cubiertos le indica cuáles medicamentos están cubiertos por Optima Health Community Care y también le informa si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, tales como un límite en la cantidad que puede obtener.

Puede llamar a Servicios al Miembro para averiguar si sus medicamentos están en la Lista de medicamentos cubiertos o consultar en línea en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members), o podemos enviarle una copia impresa de la Lista de medicamentos cubiertos. La Lista de medicamentos cubiertos puede cambiar durante el año. Para obtener la Lista de medicamentos cubiertos más actualizada, visite [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) o llame al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de esta página.

Para buscar un medicamento en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members), inicie sesión en su cuenta de MyOptima en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members). Si no tiene una cuenta MyOptima, visite [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) y seleccione “Register for Secure Access” para crear su cuenta (tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro).

En la barra de menú a la izquierda, haga clic en “Pharmacy Resources” (Recursos de farmacia). A continuación, haga clic en “Access Pharmacy Resources” (Acceder a los recursos de farmacia). Será redirigido a OptumRx Dashboard, donde podrá administrar sus recetas y autorizaciones previas, así como buscar cuáles medicamentos están cubiertos y las farmacias cercanas.

Los cambios que se hacen al formulario se publican en el sitio web. Si un medicamento que usted toma ya no se ofrece en el formulario, Optima Health Community Care se lo notificará por escrito al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor.

En general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos de Optima Health Community Care siempre que usted siga las normas que se explican en esta sección. También puede obtener medicamentos que no están en la lista cuando sea médicamente necesario. Es posible que su médico deba obtener una autorización de servicio de nuestra parte para que usted pueda recibir algunos medicamentos.

## **Límites para la cobertura de algunos medicamentos**

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubrimos. En general, nuestras normas lo alientan a obtener un

medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro, eficaz y rentable.

Si existe una norma especial para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor necesite solicitar una autorización de servicio para que usted reciba el medicamento. Podemos aceptar o no aprobar la solicitud sin tomar medidas adicionales. Consulte *Autorización de servicio y determinación de beneficios*, así como *Autorizaciones de servicios y continuidad de la atención*, en la Sección 14 de este manual.

Si Optima Family Care es nuevo para usted, puede seguir recibiendo sus medicamentos autorizados durante la vigencia de la autorización o durante el período de continuidad de la atención después de inscribirse por primera vez, lo que ocurra primero. La continuidad del período de atención es de 30 días. Consulte *Continuidad del período de atención* en la Sección 3 de este manual.

Si denegamos o limitamos la cobertura de un medicamento y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual. Si tiene alguna inquietud, comuníquese con su Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención trabajará con usted y su PCP para asegurarse de que reciba los medicamentos que funcionan mejor para usted.

### **Obtener aprobación por adelantado**

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener una aprobación para una autorización de servicio de parte de Optima Health Community Care antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que Optima Health Community Care no cubra el medicamento.

### **Probar un medicamento diferente primero**

Es posible que le pidamos que pruebe primero con un medicamento (generalmente menos costoso) antes de cubrir otro medicamento (usualmente más costoso) para la misma condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, es posible que el plan requiera que pruebe el

medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B. Esto se llama terapia escalonada.

### **Límites de cantidad**

Para algunos medicamentos, podemos limitar la cantidad de medicamento que puede tener. Esto se llama un límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de las normas anteriores aplica a un medicamento recetado por su médico, consulte la Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios al Miembro o visite nuestro sitio web en [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members).

### **Suministro de emergencia**

Puede haber un caso en que su medicamento requiera una autorización de servicio y el médico que lo receta no puede proporcionarnos fácilmente la información para la autorización, como por ejemplo durante el fin de semana o en días feriados. Si su farmacéutico considera que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le ofrece un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y da tiempo para que su médico presente una solicitud de autorización de servicio para el medicamento recetado.

## **Medicamentos no cubiertos**

Por ley, los tipos de medicamentos que se indican a continuación no están cubiertos por Medicare ni Medicaid:

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra<sup>®</sup>, Cialis<sup>®</sup>, Levitra<sup>®</sup> y Caverject<sup>®</sup>, a menos que dichos agentes se utilicen para tratar una condición que no sea la disfunción sexual

o eréctil para la cual los agentes han sido aprobados por la FDA.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Todos los medicamentos del Programa de Implementación de Estudios para Comprobar la Eficacia de los Medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI) que la FDA defina como menos eficaces, incluidas las recetas que incluyen un medicamento DESI.
- Medicamentos que han sido retirados del mercado.
- Medicamentos experimentales o que no han sido aprobados por la FDA.
- Cualquier medicamento comercializado por un fabricante que no participe en el Programa de Descuento de Medicamentos de Medicaid de Virginia.

## **Cambiar de farmacias**

Si necesita cambiar de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede solicitar a su farmacia que transfiera la receta a la farmacia nueva. Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o llamar a su Coordinador de Atención.

Si la farmacia que utiliza deja la red de Optima Health Community Care, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Para encontrar una nueva farmacia de la red, puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, o llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página o a su Coordinador de Atención. Servicios al Miembro puede informarle si hay una farmacia de la red cercana.

## **¿Qué sucede si necesito una farmacia especializada?**

En algunas ocasiones, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar o para residentes de un centro de cuidados prolongados, tal como un centro de enfermería.

Por lo general, los centros de enfermería tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de enfermería, debemos asegurarnos de que puede obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro de enfermería. Si tiene algún problema para obtener sus beneficios de medicamentos en un centro de enfermería, llame a su Coordinador de Atención o a Servicios al Miembro al número que se encuentra en la parte inferior de esta página.

## **¿Puede usar los servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos?**

Si su medicamento requiere manipulación especial, se le puede enviar por correo. No puede usar los servicios de pedido por correo para recibir un suministro prologado de un medicamento. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de esta página.

## **¿Puede obtener un suministro prolongado de medicamentos?**

Puede recibir un suministro hasta para un mes (31 días) de un medicamento.

## **¿Puede utilizar una farmacia que no esté en la red de Optima Health Community Care?**

La mayoría de las cadenas de farmacias y farmacias independientes se encuentran en la red de Optima Health Community Care. Puede utilizar una farmacia fuera de nuestra red si la farmacia acepta nuestros términos. Puede llamar al número de Servicios al Miembro que se encuentra en la parte inferior de esta página si tiene preguntas sobre una farmacia.

## **¿Qué es el Programa de Administración y Uso Seguro para Pacientes (PUMS)?**

Algunos miembros que requieren supervisión adicional pueden ser inscritos en el Programa de Administración y Uso Seguro para Pacientes (Patient Utilization Management and Safety, PUMS). El DMAS exige el programa de PUMS y ayuda a

garantizar que sus medicamentos y servicios de salud trabajen en conjunto de una manera que no perjudique su salud. Como parte de este programa, podemos consultar la herramienta del Programa de Supervisión de Recetas (Prescription Monitoring Program, PMP) que el Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia mantiene para revisar sus medicamentos. Esta herramienta utiliza un sistema electrónico para supervisar la dispensación de medicamentos recetados de sustancias controladas.

Si lo eligen para el programa de PUMS, es posible que tenga una restricción para, o se le exija, utilizar solo una farmacia o que solo acuda a un proveedor para obtener ciertos tipos de medicamentos. Le enviaremos una carta para informarle cómo funciona el programa de PUMS. El período de asignación es de 12 meses. Al final del período de asignación, nos comunicaremos con usted para ver si debe continuar el programa. Si lo asignan al programa de PUMS y considera que no debe estar en el programa, puede apelar. Debe apelar ante nosotros dentro de 60 días después de recibir la carta que indique que se le asignó al programa de PUMS. También puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Consulte *Apelaciones, Audiencias estatales imparciales y Quejas* en la Sección 15 de este manual.

Si está en el programa de PUMS, puede obtener recetas fuera de horario si la farmacia seleccionada no tiene acceso las 24 horas. También podrá elegir un PCP, una farmacia u otro proveedor donde desee que lo asignen. Si no selecciona proveedores para la asignación dentro de 15 días, los elegiremos por usted.

Los miembros inscritos en el programa de PUMS recibirán una carta de Optima Health Community Care que brinda información adicional sobre el programa de PUMS, que incluya la información a continuación:

- Una breve explicación del programa de PUMS.
- Una declaración que explica el motivo de la colocación en el programa de PUMS.
- Información sobre cómo apelar ante Optima Health Community Care si se le asigna al programa de PUMS.
- Información sobre cómo solicitar una audiencia estatal imparcial después de

agotar el proceso de apelaciones de Optima Health Community Care.

- Información sobre cualquier norma especial a seguir para obtener servicios, incluso para servicios de emergencia o fuera de horario.
- Información sobre cómo elegir un proveedor del programa de PUMS.

Llame a Servicios al Miembro al número a continuación o llame a su Coordinador de Atención si tiene alguna pregunta sobre el programa de PUMS.



# 10. Cómo acceder a sus beneficios de CCC Plus

## Beneficios de CCC Plus

Como miembro de Optima Health Community Care, tiene una variedad de beneficios y servicios de atención médica disponibles para usted. Usted recibirá la mayoría de sus servicios a través de Optima Health Community Care, pero puede recibir algunos a través del DMAS o de un contratista de DMAS.

- Los servicios prestados a través de Optima Health Community Care se describen en esta Sección 10 del manual.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o por un contratista del DMAS se describen en la Sección 11 de este manual.
- Los servicios que no son cubiertos a través de Optima Health Community Care o el DMAS se describen en la Sección 12 de este manual.

Los servicios que reciba a través de Optima Health Community Care o del DMAS no requerirán que pague ningún costo que no sea su “pago como paciente” para los servicios y apoyos prolongados. La Sección 13 de este manual brinda información sobre lo que es un “pago como paciente” y cómo saber si tiene uno.

## Normas generales de cobertura

Para recibir cobertura por los servicios, usted debe cumplir con los requisitos de cobertura general que se describen a continuación.

1. Sus servicios (lo que incluye la atención médica, servicios, insumos, equipos y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario por lo general significa que necesita los servicios o insumos para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o sus síntomas con base en los estándares aceptados del ejercicio médico.
2. En la mayoría de los casos, debe recibir su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con Optima Health Community Care. En la mayoría de los casos, Optima Health Community Care no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red a

menos que Optima Health Community Care lo autorice. La Sección 6 contiene información sobre el uso de proveedores fuera de la red, incluidos los *Servicios que puede recibir sin obtener primero la aprobación de su PCP*.

3. Algunos de sus beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama una autorización de servicio. La Sección 14 incluye más información sobre las autorizaciones de servicio.
4. Si Optima Health Community Care es nuevo para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que acude ahora durante los primeros 30 días. También puede continuar obteniendo sus servicios autorizados durante la vigencia de la autorización, o durante el período de continuidad de la atención después de inscribirse por primera vez, lo que ocurra primero. Consulte también *Continuidad del período de atención* en la Sección 3 de este manual.

## Beneficios cubiertos a través de Optima Health Community Care

Optima Health Community Care cubre los siguientes servicios para usted cuando son médicamente necesarios. Si tiene Medicare u otro plan de seguro, coordinaremos estos servicios con los mismos. Consulte la Sección 11 de este manual para los *Servicios cubiertos a través del programa del DMAS de pago por servicio de Medicaid*.

- Atención médica regular, incluidas las consultas con su PCP, remisiones a especialistas, exámenes, etc. *Consulte la Sección 6 de este manual para obtener más información sobre los servicios de un PCP.*
- Atención preventiva, incluidos los chequeos regulares, exámenes de detección y los controles de niño sano y de cuidado infantil. *Consulte la Sección 6 de este manual para obtener más información sobre los servicios de un PCP.*
- Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS), incluso tratamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios, tratamiento basado en la comunidad y asistido por medicamentos, servicios prestados

por pares y gestión de casos. Los servicios pueden requerir autorización. *Se ofrece información adicional acerca de los servicios de ARTS más adelante en esta Sección del manual.*

- Servicios de atención médica diurna para adultos (consulte Exención de CCC Plus)
- Los servicios de salud conductual, incluidos los *servicios comunitarios de rehabilitación de salud mental* y los servicios de psicoterapia individual, familiar y grupal para pacientes hospitalizados y ambulatorios están cubiertos, entre ellos:
  - Gestión de casos de salud mental
  - Tratamiento terapéutico diurno (Therapeutic Day Treatment, TDT) para niños
  - Tratamiento diurno/hospitalización parcial para adultos
  - Intervención y estabilización en casos de crisis
  - Tratamiento comunitario intensivo
  - Servicios de desarrollo de habilidades de salud mental (Mental Health Skill-building Services, MHSS)
  - Atención intensiva en el hogar
  - Rehabilitación psicosocial
  - Terapia conductual
  - Apoyo de socios de salud mental
- Servicios de coordinación de atención, incluida la asistencia para conectarse a los servicios cubiertos de CCC Plus y a recursos comunitarios, para vivienda y alimentos. *Consulte la Sección 4 de este manual para obtener más información sobre su Coordinador de Atención*
- Servicios clínicos, incluida la diálisis renal
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad de CCC Plus, (anteriormente conocidas como Exención para EDCCD y Exención de asistencia tecnológica), lo que incluye: atención médica diurna para adultos, tecnología de asistencia, modificaciones del entorno, servicios de cuidado personal, sistemas de respuesta personal ante una emergencia (Personal Emergency Response Systems, PERS), servicios de enfermería privada,

servicios de relevo, facilitación de servicios, servicios de transición. *Se brinda información adicional acerca de los servicios de la Exención de CCC Plus más adelante en esta sección. La Sección 11 de este manual brinda información sobre los Servicios de exención por DD*

- Exámenes de detección del cáncer colorrectal
- Servicios ordenados por un tribunal
- Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) e insumos, incluidos equipos e insumos respiratorios, de oxígeno y de ventilación médicamente necesarios, sillas de ruedas y accesorios, camas de hospital, equipos e insumos para diabéticos, productos para la incontinencia, tecnología de asistencia, dispositivos de comunicación, equipos y dispositivos de rehabilitación, y otros equipos e insumos necesarios
- Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT) para niños menores de 21 años. *Se brinda información adicional acerca de los servicios de EPSDT más adelante en esta sección del manual*
- Servicios de intervención temprana para niños desde el nacimiento hasta los 3 años. *Se brinda información adicional acerca de los servicios de intervención temprana más adelante en esta sección del manual*
- Terapia electroconvulsiva (TEC)
- Órdenes de custodia de emergencia (Emergency Custody Orders, ECO)
- Servicios de emergencia, incluidos los servicios de transporte de emergencia (ambulancia, etc.)
- Servicios de emergencia y posteriores a la estabilización. *En la Sección 7 de este manual se brinda información adicional sobre los servicios de emergencia y posteriores a la estabilización*
- Servicios para la enfermedad renal en etapa terminal
- Exámenes de la vista
- Servicios de planificación familiar, incluidos servicios, dispositivos, medicamentos (incluye la anticoncepción reversible de acción prolongada) e

insumos para la demora o la prevención del embarazo. Usted es libre de elegir su método de planificación familiar, incluso a través de proveedores que estén dentro o fuera de la red de Optima Health Community Care. Optima Health Community Care no exige que usted obtenga una autorización de servicio o la remisión de un PCP para los servicios de planificación familiar

- Tiras reactivas para glucemia.
- Servicios de audición (audiología).
- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios de hospicio
- Atención hospitalaria: pacientes hospitalizados o ambulatorios
- Pruebas y orientación para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Vacunas
- Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados
- Servicios de laboratorio, radiología y anestesia
- Investigaciones dirigidas
- Mamografías
- Atención de maternidad: incluye cuidado del embarazo y servicios de médicos y enfermeras parteras certificadas. Se ofrece información adicional sobre la atención de maternidad en la Sección 6 de este manual
- Centro de enfermería: incluye atención especializada, hospital de estadía prolongada y cuidado de custodia. *Se brinda información adicional acerca de los servicios en un centro de enfermería más adelante en esta sección del manual*
- Servicios de una enfermera partera a través de una proveedora que sea una enfermera partera certificada
- Trasplante de órganos

- Órtesis, incluidos aparatos dentales, férulas y apoyos para niños menores de 21 años, o para adultos a través de un programa intensivo de rehabilitación.
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Pruebas de Papanicolaou
- Servicios de cuidado o asistencia personal (a través de los EPSDT o la Exención de CCC Plus)
- Servicios de un médico o de un proveedor, incluidas las visitas al consultorio del médico
- Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla
- Servicios de podología (cuidado de los pies)
- Servicios prenatales y maternos
- Medicamentos recetados. *Consulte la Sección 9 de este manual para obtener más información sobre los servicios de farmacia*
- Servicios de enfermería privada (a través de los EPSDT y la exención CCC Plus HCBS).
- Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) y exámenes digitorrectales
- Dispositivos protésicos, incluidos brazos y piernas y sus accesorios de apoyo, así como prótesis mamarias y oculares
- Servicios psiquiátricos o psicológicos
- Servicios de radiología
- Cirugía reconstructiva de mamas
- Servicios de diálisis renal (riñón)
- Servicios de rehabilitación: pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluye la fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiología)
- Servicios de segunda opinión de un proveedor de atención médica calificado

dentro de la red, o los arreglos necesarios para que la obtenga sin costo alguno fuera de la red. El médico que proporciona la segunda opinión no debe ser del mismo ejercicio profesional que el primer médico. Las remisiones fuera de la red pueden aprobarse cuando no se pueda acceder a un proveedor participante o cuando ningún proveedor participante pueda satisfacer sus necesidades individuales

- Servicios de cirugía, cuando sean médicamente necesarios y estén aprobados por Optima Health Community Care
- Servicios de telemedicina
- Órdenes de detención temporal (Temporary detention orders, TDO)
- Servicios de ayuda para dejar de fumar para mujeres embarazadas, niños y adolescentes menores de 21 años
- Servicios de transporte, incluido el transporte de emergencia y regular (viajes aéreos, ambulancia terrestre, furgonetas para camillas, furgonetas para sillas de ruedas, autobuses públicos, conductores voluntarios/registrados, taxis). Optima Health Community Care también proporcionará transporte de ida y vuelta a la mayoría de los servicios “subcontratados” y mejorados. *Se brinda información adicional acerca de los servicios de transporte más adelante en esta sección del manual. Los servicios de transporte para los servicios de exención por DD se cubren a través del DMAS, como se describe en la Sección 11 de este manual*
- Servicios oftalmológicos
- Visitas de bienestar, incluidas las consultas anuales al PCP y los exámenes de salud asociados.
- Servicios de aborto: la cobertura solo está disponible en casos donde habría un peligro sustancial para la vida de la madre.

## **Beneficios adicionales que ofrecemos y que no están cubiertos por Medicaid**

Como miembro de Optima Health Community Care, usted tiene acceso a servicios

que generalmente no están cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid. Estos se conocen como "beneficios mejorados". Ofrecemos los siguientes beneficios mejorados:

Como miembro de Optima Health Community Care, usted tiene acceso a servicios que generalmente no están cubiertos a través del pago por servicio de Medicaid. Estos se conocen como "beneficios mejorados". Ofrecemos los siguientes beneficios mejorados:

- Servicios odontológicos para adultos
  - Los servicios odontológicos para miembros de 21 años o más están cubiertos únicamente por proveedores dentro de la red e incluyen:
    - Un examen oral anual
    - Una limpieza anual
    - Una radiografía interproximal anual
- Oftalmología para adultos
- Dispositivos de asistencia
- Cuidado del pie diabético
- Teléfonos móviles gratuitos
- Servicio de comidas a domicilio
- Seguridad en el hogar; cuidado de la memoria
- Control de plagas
- Ayuda para dejar de fumar
- Control del peso

## ¿Cómo acceder a los servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento?

### ¿Qué es el EPSDT?

El programa de Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment Services, EPSDT) es un beneficio de Medicaid obligatorio a nivel federal que brinda servicios integrales y preventivos de atención médica para niños menores de 21 años. Si tiene un hijo menor de 21 años, el programa de EPSDT ofrece servicios preventivos, odontológicos, de salud conductual, del desarrollo y especializados adecuados.



Incluye cobertura para vacunas, consultas de niño sano, investigaciones para detectar plomo, enfermería privada, cuidado personal y otros servicios y terapias que tratan o mejoran una condición. También cubrirá los servicios que evitan que la condición de su hijo empeore. El programa de EPSDT puede proporcionar cobertura para servicios médicamente necesarios, incluso si Medicaid normalmente no los cubre.

### **Obtener servicios de EPSDT**

Optima Health Community Care proporciona la mayoría de los servicios cubiertos de EPSDT de Medicaid. Sin embargo, algunos servicios de EPSDT, como la atención odontológica pediátrica, no están cubiertos por Optima Health Community Care. Cualquier servicio que no esté cubierto por Optima Health Community Care puede obtenerse a través del programa de pago por servicio de Medicaid. Se brinda información adicional sobre los servicios proporcionados a través del pago por servicio de Medicaid en la Sección 11 de este manual.

Su proveedor de atención debe comunicarse con Optima Health Community Care para verificar la cobertura y presentar cualquier autorización de servicio. Consulte la Sección 14 de este manual para obtener información sobre *Autorización de servicio y determinación de beneficios*.

### **Obtener servicios de intervención temprana**

Si tiene un bebé menor de tres años y considera que no aprende ni se desarrolla como otros bebés y niños pequeños, es posible que su hijo califique para servicios de intervención temprana. La intervención temprana incluye servicios tales como terapia del habla, fisioterapia, terapia ocupacional, coordinación de servicios y servicios para el desarrollo, para ayudar a las familias a apoyar el aprendizaje y el desarrollo de sus hijos durante las actividades y rutinas diarias. Los servicios generalmente se brindan en su hogar.

El primer paso es reunirse con el programa local de *Infant and Toddler Connection* en su comunidad para ver si su hijo es elegible. Los niños desde el nacimiento hasta los tres años son elegibles si tienen:

- un retraso en el desarrollo de 25% en una o más áreas de desarrollo;

- desarrollo atípico; o
- una condición física o mental diagnosticada que tiene una alta probabilidad de resultar en un retraso en el desarrollo.

Para obtener más información, llame a su Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención puede ayudarlo. Si su hijo está inscrito en Optima Health Community Care, proporcionamos cobertura para servicios de intervención temprana. Su Coordinador de Atención trabajará en estrecha colaboración con usted y con el programa *Infant and Toddler Connection* para ayudarlo a tener acceso a estos servicios y a cualquier otro servicio que su hijo pueda necesitar. La información también está disponible en [www.infantva.org](http://www.infantva.org) o puede llamar al 1-800-234-1448.

## ¿Cómo tener acceso a los servicios de salud conductual?

Los servicios de salud conductual ofrecen una amplia gama de opciones de tratamiento para personas con un trastorno de salud mental o uso de sustancias. Muchas personas luchan con condiciones de salud mental tales como depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental, así como con el uso de sustancias en algún momento de sus vidas. Estos servicios de salud conductual tienen como objetivo ayudar a las personas a vivir en la comunidad y a mantener el estilo de vida más independiente y satisfactorio posible. Los servicios abarcan desde orientación para pacientes ambulatorios hasta atención hospitalaria, incluidos tratamientos diurnos y servicios durante una crisis. Estos servicios se pueden prestar en su hogar o en la comunidad, a corto o a largo plazo, y todos son brindados por personas y organizaciones calificadas.

Comuníquese con su Coordinador de Atención si tiene problemas para afrontar sus pensamientos y sentimientos. Su Coordinador de Atención le ayudará a hacer una cita para hablar con un profesional de salud conductual.

Algunos servicios de salud conductual están cubiertos para usted a través de Magellan, el Administrador de Servicios de Salud Conductual (Behavioral Health Services Administrator, BHSA) del DMAS. Su Coordinador de Atención trabajará en estrecha colaboración con el BHSA para coordinar los servicios que necesita,

incluso aquellos que se brindan a través del BHSA.

Optima Health Community Care cumple con los requisitos de la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) para las autorizaciones de servicio. Para servicios de emergencia, consulte *Línea de crisis de salud conductual* y la *Línea de consejo de los Servicios de tratamiento para la adicción y de recuperación (ARTS)* en la Sección 5 de este manual para obtener más información.

## **¿Cómo tener acceso a los Servicios de Tratamiento para la Adicción y de Recuperación (ARTS)**

Optima Health Community Care ofrece una variedad de servicios que ayudan a las personas que tienen problemas con el uso de sustancias, incluidas las drogas y el alcohol. La adicción es una enfermedad médica, como la diabetes, con la que muchas personas se enfrentan, las cuales pueden beneficiarse del tratamiento sin importar cuán grave pueda parecer el problema. Si necesita tratamiento por adicción, brindamos cobertura para servicios que pueden ayudarlo.

Estos servicios incluyen tratamiento en entornos de hospitalización, ambulatorios, residenciales y comunitarios. Las opciones de tratamiento asistido por medicamentos también están disponibles si usted está lidiando con el uso de medicamentos recetados o no recetados. Otras opciones que son útiles incluyen servicios de pares (alguien que ha experimentado problemas similares y está en recuperación) y servicios de gestión de casos.

Hable con su PCP o llame a su Coordinador de Atención para determinar la mejor opción para usted y cómo obtener ayuda de los servicios de tratamiento para la adicción y de recuperación. Para encontrar un proveedor de ARTS, puede buscar en el Directorio de proveedores y farmacias, visitar nuestro sitio web, llamar a su Coordinador de Atención o comunicarse con Servicios al Miembro a uno de los números que se indican más adelante.

## ¿Cómo acceder a los servicios y apoyos prolongados (LTSS)?

Optima Health Community Care ofrece cobertura para servicios y apoyos a prolongados (LTSS), lo que incluye una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia y a mantener su máxima independencia. Los LTSS pueden proporcionar asistencia que lo ayuda a vivir en su propia casa u otro entorno de su elección y mejora su vida de calidad.

Ejemplos de servicios incluyen servicios de asistencia personal (ayuda para bañarse, vestirse y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal), así como apoyo para tareas cotidianas como lavar la ropa, ir de compras y el transporte. Los LTSS se proporcionan durante un largo período, generalmente en hogares y comunidades (a través de una exención basada en el hogar y la comunidad), pero también en centros de enfermería.

Si necesita ayuda con estos servicios, llame a su Coordinador de Atención, quien le ayudará en el proceso para averiguar si usted cumple con los requisitos de elegibilidad de Virginia para estos servicios. Consulte también las Secciones: *La Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus*, *los Servicios en centros de enfermería* y *Cómo obtener servicios si está en una exención por DD* se describen más adelante en esta sección del manual.

### **Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus**

Algunos miembros pueden calificar para servicios de exención de atención basada en el hogar y la comunidad a través de la Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (anteriormente conocida como Exención para ancianos o personas discapacitadas con dirección del consumidor y Exención de asistencia tecnológica).

La Exención de Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) está destinada a permitirle a un miembro que califique para el nivel de atención de un centro de enfermería permanecer en la comunidad con ayuda para satisfacer sus necesidades diarias. Si se determina que usted es elegible para los servicios de la Exención de CCC Plus, puede elegir cómo recibir servicios de asistencia personal. Tiene la

opción de recibir servicios a través de una agencia (lo que se conoce como dirigidos por agencia) o puede optar por servir como el empleador de un asistente de cuidado personal (conocido como autodirigidos). Se ofrece información adicional acerca de los servicios autodirigidos más adelante en esta sección del manual.

Los servicios de la Exención de CCC Plus pueden incluir:

- Servicios de enfermería privada (dirigidos por agencias)
- Cuidado personal (dirigido por agencia o autodirigido)
- Cuidado de relevo (dirigido por agencia o autodirigido)
- Atención médica diurna para adultos
- Sistema de respuesta de emergencia personal (con o sin supervisión de medicamentos)
- Coordinación o servicios de transición para los miembros que hacen la transición a la comunidad desde un centro de enfermería o un hospital de estadía prolongada
- Tecnología de asistencia
- Modificaciones del ambiente

Las personas inscritas en una exención por DD deben consultar *Cómo obtener servicios si está en una exención por DD* que se describe más adelante en esta sección.

### **Cómo autodirigir su atención**

La atención autodirigida se refiere a los servicios de cuidado personal y atención de relevo proporcionados a través de la Exención de CCC Plus. Estos son servicios en los que el miembro o su familia/cuidador son responsables de contratar, entrenar, supervisar y despedir a su asistente. Usted recibirá apoyo de administración financiera en su rol como empleador para ayudar con la inscripción de sus proveedores, realizar verificaciones de antecedentes del proveedor y pagarle a los mismos.

Si se aprobó que reciba los servicios de la Exención de CCC Plus y desea más

información sobre el modelo de atención autodirigida, comuníquese con su Coordinador de Atención para que le ayude con estos servicios.

Su Coordinador de Atención también supervisará su atención durante el tiempo que reciba servicios de la Exención de CCC Plus, para asegurarse de que la atención proporcionada cumpla con sus necesidades diarias.

### **Servicios en centros de enfermería**

Si se determina que usted cumple con los criterios de cobertura para la atención en centros de enfermería y elige recibir sus servicios y apoyos prolongados en un centro de enfermería, Optima Health Community Care brindará cobertura para el cuidado en un centro de enfermería. Si usted tiene Medicare, Optima Health Community Care proporcionará cobertura para la atención en un centro de enfermería después de agotar sus días cubiertos por Medicare en el centro de enfermería, lo que generalmente se denomina atención de enfermería especializada.

Si está en un centro de enfermería, podría mudarse de su centro de enfermería a su propia casa y recibir servicios basados en el hogar y la comunidad si así lo desea. Si está interesado en hacer la transición del centro de enfermería a la comunidad, hable con su Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención está disponible para trabajar con usted, su familia y el planificador del alta en el centro de enfermería si usted está interesado en mudarse del centro de enfermería a un hogar o un entorno comunitario.

Si decide no salir del centro de enfermería, puede permanecer en el centro por el tiempo que se determine que cumple con los criterios de cobertura de la atención en el centro de enfermería.

### **Evaluación para los servicios y apoyos prolongados**

Antes de que pueda recibir servicios y apoyos prolongados (LTSS), un equipo de evaluación de la comunidad o del hospital debe examinarlo. Se hace una evaluación para determinar si cumple con los criterios del nivel de atención para LTSS. Comuníquese con su Coordinador de Atención para obtener más información sobre el proceso de evaluación con el fin de recibir LTSS.

## **Libertad de elección**

Si se le autoriza recibir servicios y apoyos prolongados, tiene derecho a recibir atención en el establecimiento de su elección:

- En su hogar
- En otro lugar de la comunidad
- En un centro de enfermería

Usted puede elegir a los médicos y profesionales de la salud para su atención de nuestra red. Si prefiere recibir servicios en su hogar a través de la Exención de CCC Plus, por ejemplo, puede optar por contratar directamente a su(s) propio(s) asistente(s) de cuidado personal, lo que se conoce como atención autodirigida. Otra opción que tiene es elegir una agencia de cuidado personal en nuestra red, donde la agencia contratará, capacitará y supervisará a los trabajadores de asistencia personal en su nombre, lo que se conoce como dirigido por agencia. También tiene la opción de recibir servicios en un centro de enfermería de nuestra red de proveedores de centros de enfermería.

## **Cómo obtener servicios si está en una exención por discapacidad del desarrollo**

Si está inscrito en una de las exenciones por DD, se le inscribirá en CCC Plus para sus servicios fuera de la exención. Las exenciones por DD incluyen:

- Exención de ayuda para vivir con independencia (Building Independence, BI)
- Exención de vida en comunidad (Community Living, CL)
- Exención de apoyos para familias e individuos (Family and Individual Supports, FIS)

Optima Health Community Care solo proporcionará cobertura para sus servicios fuera de la exención. Los servicios fuera de la exención incluyen todos los servicios que se mencionan en la Sección 10, *Beneficios cubiertos a través de Optima Health Community Care*.

**Excepción: si está inscrito en una de las exenciones por DD, tampoco sería**

## **elegible para recibir servicios a través de la Exención de CCC Plus.**

Los servicios de exención por DD, los servicios de gestión de casos dirigidos a las DD e ID, y el transporte hacia y desde los servicios de exención por DD, se pagarán a través del pago por servicio de Medicaid como servicios “subcontratados”. La subcontratación también incluye los servicios de exención por DD que están cubiertos a través de los EPSDT para los individuos menores de 21 años inscritos en una exención por DD.

Si tiene una discapacidad del desarrollo y necesita servicios de exención por DD, deberá completar una evaluación de elegibilidad funcional y diagnóstica con la Junta de Servicios Comunitarios (Community Services Board, CSB) de su localidad. Todas las personas inscritas en una de las exenciones por DD siguen el mismo proceso para calificar y acceder a los servicios y apoyos de BI, CL y FIS. Los servicios se basan en las necesidades evaluadas y se incluyen en su plan de servicio individualizado centrado en la persona.

Las exenciones por DD tienen una lista de espera. Las personas que están en la lista de espera de una exención por DD pueden calificar para inscribirse en la Exención de CCC Plus hasta que esté disponible un cupo en la exención por DD de BI, CL o FIS y se asigne a la persona. Las CSB en su comunidad mantienen la lista de espera para una exención por DD.

Para obtener más información sobre las exenciones por DD y los servicios que están cubiertos por las mismas, visite el sitio web del Departamento de Servicios para el Desarrollo y la Salud Conductual (Department of Behavioral Health and Developmental Services, DBHDS) en: <http://www.mylifemycommunityvirginia.org/> o llame al 1-844-603-9248. Su Coordinador de Atención trabajará en estrecha colaboración con usted y su administrador de casos de exención por DD o ID para ayudarlo a obtener todos sus servicios cubiertos. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con su Coordinador de Atención.



## ¿Cómo obtener servicios de transporte regulares?

### ¿Cómo tener acceso a los servicios de transporte regulares cubiertos por Optima Health Community Care?

Optima Health Community Care cubre los servicios de transporte regulares para los servicios cubiertos, servicios subcontratados y los beneficios mejorados.

**Excepción: si está inscrito en una exención por DD, Optima Health Community Care ofrece cobertura para su transporte de ida y vuelta para sus servicios fuera de la exención** (consulte el *Transporte de ida y vuelta a los servicios de exención por DD* a continuación).

Se puede proporcionar transporte si usted no tiene otro medio de transporte y necesita ir a un médico o un centro de atención médica para obtener un servicio cubierto. Para citas médicas urgentes o que no sean de emergencia, llame a la línea de reserva al 1-855-325-7558. Si tiene problemas para obtener transporte para sus citas, llame a Southeastrans al 1-855-325-7558 o a Servicios al Miembro al número que se encuentra a continuación. Servicios al Miembro está aquí para ayudar.

En caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, llame al 911. Consulte *Cómo obtener atención durante una emergencia* en el Capítulo 7 de este manual.

Los servicios de transporte están disponibles a través de Southeastrans. Para programar el transporte a los servicios médicos y de salud conductual cubiertos, llame gratis al 1-855-325-7558, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Llame al menos con cinco días de antelación para las citas de rutina. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para las necesidades urgentes de transporte. Los boletos de autobús también están disponibles sin costo alguno para usted (se incluye el servicio de autobús para silla de ruedas). Espere cinco días para el envío de los boletos de autobús.

Southeastrans aprobará el transporte de una persona adicional si es necesario que vaya con usted a su cita. Dos niños pueden ir con su padre o tutor, pero solo si hay espacio disponible. Para confirmar a su proveedor de transporte o verificar un viaje “tardío”, llame al 1-855-325-7558.

### **Transporte de ida y vuelta a los servicios de exención por DD**

Si está inscrito en una exención por DD, Optima Health Community Care proporciona cobertura para su transporte de ida y vuelta para sus servicios fuera de la exención (llame al número **anterior** para solicitar transporte para sus servicios fuera de la exención).

El contratista de transporte del DMAS cubre los servicios de transporte para su exención por DD. Puede obtener más información sobre cómo acceder a los servicios de transporte a través del contratista de transporte del DMAS en el sitio web en: <http://transportation.dmas.virginia.gov/> o llamando al contratista de transporte.

El transporte para citas de rutina se toma de lunes a viernes entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m. El contratista de transporte del DMAS está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para programar reservaciones urgentes al: 1-866-386-8331 o TTY 1-866-288-3133; marque el 711 para contactar a un operador de retransmisión.

Si tiene problemas para obtener el transporte para sus servicios de exención por DD, puede llamar a su administrador de casos de exención por DD o ID o al contratista de transporte del DMAS al número anterior. También puede llamar a su Coordinador de Atención. Su Coordinador de Atención trabajará en estrecha colaboración con usted y su administrador de casos de exención por DD o ID para ayudarlo a obtener los servicios que necesita. Servicios al Miembro también está disponible para ayudarlo, llamando al número a continuación.

# 11. Servicios cubiertos a través del programa del DMAS de pago por servicio de Medicaid.

## Servicios subcontratados

El Departamento de Servicios de Asistencia Médica le proporcionará cobertura para cualquiera de los servicios que se indican a continuación. Estos servicios se conocen como “servicios subcontratados”. Su proveedor factura a Medicaid (o a un contratista del DMAS) el pago por estos servicios.

Su Coordinador de Atención también puede ayudarlo a acceder a estos servicios si los necesita.

- Los servicios odontológicos se brindan a través del programa *Smiles For Children*. El DMAS tiene un contrato con DentaQuest para coordinar la prestación de todos los servicios odontológicos de Medicaid. El nombre del programa es *Smiles For Children*. *Smiles For Children* brinda cobertura para las siguientes poblaciones y servicios:
  - Para niños menores de 21 años: procedimientos de diagnóstico, preventivos, restaurativos/quirúrgicos, así como servicios de ortodoncia.
  - Para mujeres embarazadas: radiografías y exámenes, limpiezas, empastes, endodoncias, tratamiento relacionado con encías, coronas, puentes, dentaduras postizas completas y parciales, extracciones dentales y otras cirugías orales, y otros servicios generales adecuados. El tratamiento de ortodoncia no está incluido. La cobertura odontológica finaliza 60 días después del nacimiento del bebé.
  - Para adultos mayores de 21 años, la cobertura solo está disponible para servicios limitados de cirugía oral médicamente necesaria. Los servicios odontológicos de rutina no están cubiertos para adultos que no sean los descritos anteriormente para mujeres embarazadas.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura odontológica a través de *Smiles for Children*, puede comunicarse con Servicios al Miembro de

DentaQuest llamando al 1-888-912-3456, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del este. El número TTY/TDD es 1-800-466-7566. Se brinda información adicional en:

<http://www.dmas.virginia.gov/#/dentalservices>.

Optima Health Community Care proporciona cobertura para el transporte para cualquier servicio odontológico que no sea de emergencia y que esté cubierto a través de *Smiles for Children*, como se describió anteriormente. Comuníquese con Servicios al Miembro al número que se indica más adelante si necesita ayuda.

- Servicios odontológicos para adultos

- Los servicios odontológicos para miembros de 21 años o más están cubiertos únicamente por proveedores dentro de la red e incluyen:

- Un examen oral anual
- Una limpieza anual
- Una radiografía interproximal anual

- Los servicios de exención por discapacidades del desarrollo (DD), incluida la gestión de casos para servicios de exención por DD, están cubiertos a través del DBHDS. La subcontratación incluye los servicios de exención por DD que están cubiertos a través de los EPSDT para los individuos inscritos en la exención por DD y el transporte de ida y vuelta a los servicios de exención por DD. Consulte también *Cómo obtener servicios si está en una exención de por discapacidad del desarrollo* en la Sección 10 de este manual.
- Servicios de salud escolar, incluidos ciertos servicios médicos, de salud mental, para la audición o de terapia de rehabilitación que organiza la escuela de su hijo. La ley exige que las escuelas brinden a los estudiantes con discapacidades una educación pública gratuita y apropiada, que incluya educación especial y servicios relacionados de acuerdo con el *Programa de Educación Individualizado* (Individual Education Program, IEP) de cada estudiante. Si bien las escuelas son responsables a nivel financiero por los servicios educativos, en el caso de un estudiante elegible para Medicaid,

parte de los costos de los servicios identificados en el IEP del estudiante podrían estar cubiertos por Medicaid. Cuando están cubiertos por Medicaid, el DMAS paga los servicios de salud escolar. Comuníquese con el administrador de la escuela de su hijo si tiene preguntas sobre los servicios de salud escolar.

- La Gestión de Casos de Acogida Temporal por Tratamiento es administrada por Magellan of Virginia, y puede obtener más información en <http://www.magellanofvirginia.com> o llamando al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su Coordinador de Atención para solicitar ayuda.
- Servicios terapéuticos grupales en el hogar para niños y adolescentes menores de 21 años. Este es un lugar donde los niños y adolescentes viven mientras reciben tratamiento. Los niños en este nivel de atención tienen serios problemas de salud mental. Estos servicios proporcionan supervisión y atención de salud conductual con objetivos terapéuticos. Estos servicios también ayudan al miembro y a su familia a trabajar para conseguir el alta al hogar del miembro. Puede encontrar información adicional sobre los servicios terapéuticos grupales en el hogar en el sitio web de Magellan en: <http://www.magellanofvirginia.com> o llamando al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su Coordinador de Atención para obtener ayuda.

## Servicios que cancelarán su inscripción en CCC Plus

Si recibe alguno de los servicios a continuación, su inscripción en Optima Health Community Care finalizará. Usted recibirá estos servicios a través del DMAS o de un contratista del DMAS.

- Programa de Atención Integral para Ancianos (PACE). *Para obtener más información acerca de PACE, hable con su Coordinador de Atención o visite:* <http://www.pace4you.org/>.
- Reside en un Centro de Atención Intermedia (Intermediate Care Facility, ICF) para Personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo (Individuals

with Intellectual and Developmental Disabilities, IID).

- Recibe atención en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico Residencial (niños menores de 21 años).
  - Puede encontrar información adicional acerca de los Servicios en Centros de Tratamiento Psiquiátrico Residencial en el sitio web de Magellan en: <http://www.magellanofvirginia.com> o llamando al: 1-800-424-4046 TDD: 1-800-424-4048 o TTY: 711. También puede llamar a su Coordinador de Atención para obtener ayuda.
- Reside en un Centro de Enfermería para Veteranos.
- Reside en alguno de estos centros estatales de cuidados prolongados: Piamonte, Catawba, Hiram Davis o Hancock.



## 12. Servicios no cubiertos por CCC Plus

Los siguientes servicios no están cubiertos por Medicaid ni por Optima Health Community Care. Si recibe alguno de los siguientes servicios no cubiertos, usted será responsable del costo de estos servicios.

- Acupuntura.
- Gastos administrativos, como llenar formularios y copiar registros.
- Inseminación artificial, fertilización in vitro u otros servicios para promover la fertilidad.
- Algunos medicamentos cuya eficacia no ha sido comprobada.
- Ciertos procedimientos quirúrgicos y diagnósticos experimentales.
- Servicios quiroprácticos.
- Tratamiento o cirugía cosmética.
- Centros de atención diurna, lo que incluye servicios de acompañamiento para ancianos (excepto en algunas exenciones de servicios basadas en el hogar y la comunidad).
- Dentaduras postizas o servicios odontológicos de rutina para miembros de 21 años y mayores.
- Medicamentos recetados para tratar la caída del cabello o blanquear la piel.
- Vacunas si tiene 21 años o más (excepto las vacunas para la gripe y la neumonía para las personas en riesgo y con autorización de Optima Health Community Care).
- Atención médica, que no sea servicios de emergencia, de urgencia o de planificación familiar, que se reciba de proveedores fuera de la red, a menos que Optima Health Community Care lo autorice.
- Servicios de cuidado personal (excepto a través de algunas exenciones de servicio basadas en el hogar y la comunidad o en virtud de los EPSDT).
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte D de Medicare, incluido el



copago de Medicare.

- Enfermería privada (excepto a través de algunas exenciones de servicio basadas en el hogar y la comunidad o en virtud de los EPSDT).
- Programas en una clínica para pérdida de peso, a menos que estén autorizados.
- Atención fuera de Estados Unidos.

## Si recibe servicios no cubiertos

Cubrimos sus servicios cuando está inscrito en nuestro plan y:

- Los servicios son médicamente necesarios.
- Los servicios se indican como *Beneficios cubiertos a través de Optima Health Community Care* en la Sección 10 de este manual.
- Usted recibe los servicios siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan ni a través del DMAS, debe pagar el costo total usted mismo. Si no está seguro y desea saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. Puede llamar a Servicios al Miembro o a su Coordinador de Atención para obtener más información sobre los servicios y cómo recibirlos. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

La Sección 15 brinda instrucciones sobre cómo apelar las decisiones de cobertura de Optima Health Community Care. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener más información sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia para presentar una apelación.

## 13. Costos compartidos para el miembro

No hay copagos para los servicios cubiertos a través del programa CCC Plus. Esto incluye servicios cubiertos a través de Optima Health Community Care o servicios contratados por separado del contrato de CCC Plus. Los servicios que se brindan a través de Optima Health Community Care o el DMAS no le exigirán que pague ningún costo que no sea su pago como paciente por los servicios y apoyos prolongados. Consulte la sección *Pago como paciente miembro* a continuación.

CCC Plus no permite que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Optima Health Community Care paga a los proveedores directamente y nosotros lo protegemos de cualquier cargo. Esto se cumple incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura por un servicio cubierto, comuníquese con Servicios al Miembro y ellos le ayudarán.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan ni a través del DMAS, debe pagar el costo total usted mismo. Si no está seguro y desea saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. Puede llamar a Servicios al Miembro o a su Coordinador de Atención para obtener más información sobre los servicios y cómo recibirlos. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decimos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte la Sección 12 de este manual para obtener una lista de servicios no cubiertos.

### Pago como paciente miembro por servicios y apoyos prolongados

Usted podría tener la responsabilidad de un *pago como paciente* en el costo de la atención en un centro de enfermería y por los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad. Se debe calcular un pago como paciente para todos los miembros que reciben servicios en un centro de enfermería o en virtud de una exención basada en el hogar y la comunidad. Cuando sus ingresos superen cierto monto, usted debe contribuir al costo de sus servicios y apoyos prolongados. Si tiene un monto correspondiente al pago como paciente, recibirá una notificación del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) de su

localidad sobre su responsabilidad de pago como paciente. El DMAS también comparte su monto de pago como paciente con Optima Health Community Care si usted está obligado a pagar una parte del costo de sus servicios y apoyos prolongados. Si tiene preguntas sobre el monto de su pago como paciente, comuníquese con su trabajador de elegibilidad de Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad.

## **Miembros de Medicare y medicamentos de la Parte D**

Si tiene Medicare, usted obtiene sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, no del programa CCC Plus de Medicaid. CCC Plus no paga el copago por los medicamentos que cubre la Parte D de Medicare.

# 14. Autorización de servicio y determinación de beneficios

## Autorización de servicio

Existen algunos tratamientos, servicios y medicamentos para los que debe obtener aprobación antes de recibirlos, o para poder continuar recibiendo los mismos. Esto se llama una autorización de servicio. Usted, su médico o alguien de su confianza pueden solicitar una autorización de servicio.

Si los servicios que necesita están cubiertos por Medicare, entonces no se requiere una autorización de servicio de Optima Health Community Care. Si tiene preguntas sobre cuáles servicios están cubiertos por Medicare, comuníquese con su plan de salud de Medicare. También puede comunicarse con su Coordinador de Atención de Optima Health Community Care.

Una autorización de servicio ayuda a determinar si ciertos servicios o procedimientos son médicamente necesarios y están cubiertos por el plan. Las decisiones se basan en lo que es correcto para cada miembro y en el tipo de atención y servicios que se necesitan.

Cumplimos los estándares de atención basados en:

- Políticas médicas
- Pautas clínicas nacionales
- Pautas de Medicaid
- Sus beneficios de salud

Optima Health Community Care no recompensa a empleados, consultores u otros proveedores por:

- Denegar la atención o los servicios que usted necesita
- Apoyar decisiones que aprueben menos de lo que usted necesita
- Decir que usted no tiene cobertura

No se requieren autorizaciones de servicio para servicios de intervención

temprana, atención de emergencia, servicios de planificación familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada), servicios preventivos y atención prenatal básica.

Debe recibir autorización antes de obtener los siguientes tratamientos y servicios:

- Toda la rehabilitación aguda
- Todas las hospitalizaciones
- Todos los programas de atención intensiva para pacientes ambulatorios
- Todos los servicios fuera del área (excepto la atención de emergencia)
- Todas las cirugías, estadías cortas y observaciones como paciente ambulatorio
- Todas las hospitalizaciones parciales
- Todos los programas de rehabilitación (rehabilitación cardíaca, pulmonar y vascular)
- Todos los servicios de proveedores no participantes
- Cualquier procedimiento quirúrgico o de diagnóstico en el que se facture la anestesiología o la sedación consciente
- Análisis conductual aplicado
- Dispositivos aumentativos del habla
- Equipo médico duradero (artículos individuales con un costo mayor de \$750 y todos los equipos alquilados)
- Pruebas genéticas
- Terapia hiperbárica
- Medicamentos inyectables, lo que incluye, entre otros, Synvisc/Hyalgen, Synagis, Rabia, Remicaid, IVIG
- Servicios y apoyos prolongados (LTSS)
- Cirugía oral y servicios relacionados
- Órtesis/prótesis (artículos individuales con un costo mayor de \$750 y todos

los equipos alquilados, reparaciones, reemplazos y duplicados)

- Servicios de imagenología avanzada para pacientes ambulatorios (tomografía computarizada, tomografía axial computarizada, imagen por resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, espectroscopia por resonancia magnética o tomografía por emisión de positrones)
- Oxígeno (alquiler)
- Cirugía plástica
- Servicios de enfermería especializada
- Trasplantes
- Servicios de exención
- Sillas de ruedas y asientos

Para obtener más información sobre cómo solicitar la aprobación de estos tratamientos o servicios, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número que figura más adelante o llamar a su Coordinador de Atención.

## **Autorizaciones de servicio y continuidad de la atención**

Si es nuevo en Optima Health Community Care, respetaremos las aprobaciones de autorización de servicio realizadas por el DMAS o emitidas por otro plan de CCC Plus durante el período de continuidad de la atención o hasta que la autorización finalice, si ocurre primero. La continuidad del período de atención es de 30 días. Consulte *Continuidad del período de atención* en la Sección 3 de este manual.

## **¿Cómo presentar una solicitud de autorización de servicio?**

Su médico u otro proveedor de atención médica deben presentar sus solicitudes de autorización de servicio para la mayoría de los servicios médicos. Si necesita una autorización de servicio para LTSS o una exención, comuníquese con su Coordinador de Atención.

## ¿Qué sucede después de que recibimos su solicitud de autorización de servicio?

Optima Health Community Care cuenta con un equipo de revisión para asegurarse de que reciba los servicios médicamente necesarios. Los médicos, enfermeras y profesionales con licencia están en el equipo de revisión. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Lo hacen verificando su plan de tratamiento en relación con estándares médicamente aceptables. Los estándares que usamos para determinar qué es médicamente necesario no tienen permitido ser más restrictivos que los que usa el DMAS.

Cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio, o de aprobarla por un monto menor que el solicitado, se denomina determinación (decisión) adversa de beneficios. Estas decisiones las toma un profesional calificado de atención médica. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un profesional de atención médica o de salud conductual, el cual puede ser un médico u otro profesional de salud que generalmente brinda la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, llamados criterios de revisión clínica, que se utilizan para tomar decisiones sobre medidas relacionadas con la necesidad médica.

Luego de recibir su solicitud, la revisaremos según un proceso de revisión estándar o acelerado (rápido). Usted o su médico pueden solicitar una revisión acelerada si consideran que una demora causará un daño grave a su salud. Si se rechaza su solicitud de una revisión acelerada, se lo informaremos y su caso será manejado según el proceso de revisión estándar.

## Plazos para la revisión de una autorización de servicio

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su condición médica nos lo exija, pero a más tardar cuando se menciona a continuación.

<b>Servicios de salud física</b>	<b>Plazos de revisión de una autorización de servicio</b>
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (proceso de revisión estándar o acelerado)	Dentro de 1 día hábil, si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 3 días hábiles si necesitamos información adicional, o tan rápido como lo requiera su condición.
Servicios ambulatorios (proceso de revisión estándar)	Dentro de 3 días hábiles, si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 5 días hábiles si necesitamos información adicional.
Servicios ambulatorios (proceso de revisión acelerada)	Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o tan rápido como lo requiera su condición.
Servicios y apoyos prolongados <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Incluye servicios de la Exención de CCC Plus</li> <li>○ Cuidado personal de EPSDT y enfermería privada</li> <li>○ Centro de enfermería</li> <li>○ Hospital de estadía prolongada</li> <li>○ Hospicio</li> </ul> (proceso de revisión estándar)	Dentro de 5 días hábiles a partir de la recepción de su solicitud.  Consulte también <i>Evaluación para los servicios y apoyos prolongados</i> en la Sección 10 de este manual.
Servicios y apoyos prolongados Los mismos que los mencionados anteriormente (proceso de revisión acelerada)	Dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud o tan rápido como lo requiera su condición.

<b>Servicios de salud conductual</b>	<b>Plazos de revisión de una autorización de servicio</b>
Servicios ambulatorios, incluidos los servicios comunitarios de rehabilitación de salud mental (proceso de revisión estándar)	Dentro de 3 días hábiles, si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 5 días hábiles si necesitamos información adicional, o tan rápido como lo requiera su condición.



<b>Servicios de salud conductual</b>	<b>Plazos de revisión de una autorización de servicio</b>
Paciente hospitalizado (revisión estándar)	Dentro de 1 día hábil, si tenemos toda la información que necesitamos, o hasta 3 días hábiles si necesitamos información adicional, o tan rápido como lo requiera su condición.
Paciente hospitalizado (revisión acelerada)	Dentro de 3 horas
Otros servicios urgentes	Dentro de 24 horas o tan rápido como lo requiera su condición.

<b>Servicios farmacéuticos</b>	<b>Plazos de revisión de una autorización de servicio</b>
Servicios farmacéuticos	Debemos proporcionar las decisiones por teléfono u otro dispositivo de telecomunicaciones dentro de 24 horas.
<p><i>Puede haber un caso en que su medicamento requiera una autorización de servicio y el médico que lo receta no puede proporcionarnos fácilmente la información para la autorización, como por ejemplo durante el fin de semana o en días feriados. Si su farmacéutico considera que su salud se vería comprometida sin el beneficio del medicamento, podemos autorizar un suministro de emergencia de 72 horas del medicamento recetado. Este proceso le ofrece un suministro a corto plazo de los medicamentos que necesita y da tiempo para que su médico presente una solicitud de autorización para el medicamento recetado.</i></p>	

Si necesitamos más información para tomar una decisión estándar o acelerada sobre su solicitud de servicio, haremos lo siguiente:

- Escribirles y decirles a usted y a su proveedor qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, lo llamaremos a usted o a su proveedor de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Explicarle por qué la demora es lo mejor para usted.
- Tomar una decisión antes de los 14 días a partir del día en que solicitamos

más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para proporcionarle a Optima Health Community Care que lo ayude a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando al 757-552-7560 o a la línea gratuita 1-888-946-1167.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar una queja ante Optima Health Community Care si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar una queja ante el estado sobre la forma en que Optima Health Community Care manejó su solicitud de autorización de servicio, a través de la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608. Consulte también *Su derecho a presentar una queja* en la Sección 15 de este manual.

### **Determinación de beneficios**

Le notificaremos nuestra decisión antes de la fecha de vencimiento de nuestro tiempo de revisión. Pero si por alguna razón no tiene noticias nuestras en esa fecha, es lo mismo que hubiéramos denegado su solicitud de autorización de servicio. Si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a presentar una apelación ante nosotros. Consulte también *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual.

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud es denegada. Una denegación incluye cuando se aprueba la solicitud por una cantidad menor que la cantidad solicitada. También le informaremos el motivo de la decisión y el nombre, la dirección y el número de teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Explicaremos qué opciones de apelación tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. Consulte también *Su derecho a apelar* en la Sección 15 de este manual.

### **Previo aviso**

En la mayoría de los casos, si tomamos una determinación de beneficios para reducir, suspender o finalizar un servicio que ya hemos aprobado y que recibe

actualmente, debemos informarle al menos 10 días antes de realizar cualquier cambio en el servicio. Consulte también *Continuación de los beneficios* en la Sección 15 de este manual.

### **Revisión posterior al pago**

Si estamos verificando la atención o los servicios que recibió en el pasado, llevamos a cabo una revisión posterior al pago que se le hizo al proveedor. Si le denegamos el pago al proveedor de un servicio, les enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniegue el pago. No tendrá que pagar por la atención que recibió que estaba cubierta por Optima Health Community Care, incluso si luego le denegamos el pago al proveedor.



# 15. Apelaciones, audiencias estatales imparciales y reclamaciones

## Su derecho a apelar

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios por parte de Optima Health Community Care con la que no esté de acuerdo y que esté relacionada con la cobertura o el pago de servicios.

Por ejemplo, puede apelar si Optima Health Community Care deniega:

- Una solicitud de un servicio de atención médica, insumo, artículo o medicamento que usted considera que debería poder obtener.
- Una solicitud de pago de un servicio de atención médica, insumo, artículo o medicamento que Optima Health Community Care denegó.

También puede apelar si Optima Health Community Care deja de proporcionar o pagar todo o una parte de un servicio o medicamento que usted recibe a través de CCC Plus y que considera que aún necesita.

### **Representante autorizado**

Es posible que desee autorizar a alguien de su confianza para que apele en su nombre. A esta persona se le conoce como su representante autorizado. Debe informarle a Optima Health Community Care el nombre de su representante autorizado. Puede hacerlo llamando a nuestro Departamento de Servicios al Miembro a uno de los números telefónicos que figuran a continuación. Le daremos un formulario que puede llenar y firmar indicando quién será su representante.

### **Determinación adversa de beneficios**

Existen algunos tratamientos y servicios para los que debe obtener la aprobación antes de recibirlos, o para poder continuar recibiendo los mismos. Pedir la aprobación de un tratamiento o servicio se llama hacer una solicitud de autorización de servicio. Este proceso se describe anteriormente en este manual. Cualquier decisión que tomamos para denegar una solicitud de autorización de servicio o para aprobarla por un monto menor que el solicitado se denomina

determinación adversa de beneficios. Consulte *Autorización de servicio y determinación de beneficios* en la Sección 14 de este manual.

### **Cómo presentar su apelación**

Si no está satisfecho con una decisión que tomamos sobre su solicitud de autorización de servicio, tiene 60 días calendario después de nuestra respuesta para presentar una apelación. Puede hacerlo usted mismo o pedirle a alguien de su confianza que presente la apelación por usted. Puede llamar a Servicios al Miembro a cualquiera de los números a continuación si necesita ayuda para presentar una apelación o si necesita ayuda en otro idioma o necesita un formato alternativo. No lo trataremos injustamente por presentar una apelación.

Puede presentar su apelación por teléfono o por escrito. Puede enviar la apelación como una solicitud de apelación estándar o de apelación acelerada (rápida).

Usted o su médico pueden solicitar que se revise su apelación en virtud del proceso acelerado si considera que su condición de salud o su necesidad del servicio requieren una revisión acelerada. Su médico tendrá que explicar cómo un retraso puede causar un daño a su salud física o conductual. Le informaremos si se rechaza su solicitud de una apelación acelerada y su apelación se revisará según el proceso estándar.

Envíe su solicitud de apelación a:

Apelaciones de Optima Health Community Care

P.O. Box 62876, Virginia Beach, VA 23466-2876

Número de teléfono gratuito: 1-844-434-2916 Fax gratuito: 1-866-472-3920

Si envía su apelación estándar por teléfono, debe realizarse un seguimiento por escrito. Las apelaciones del proceso acelerado que se presentan por teléfono no requieren que presente una solicitud por escrito.

### **Continuación de los beneficios**

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que le denegamos mientras espera que se decida su apelación. Es posible que pueda continuar los servicios que están programados para cancelarse o reducirse si

solicita una apelación:

- dentro de diez días después de informarle que su solicitud fue denegada o que la atención médica va a cambiar;
- en la fecha en que está programado que ocurra el cambio en los servicios.

Si su apelación resulta en otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de cualquier beneficio continuo que haya recibido, si los servicios se prestaron únicamente debido a los requisitos descritos en esta Sección.

### **¿Qué sucede después de que recibimos su apelación?**

Dentro de un plazo de 5 días le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido y estamos trabajando en su apelación.

Las apelaciones de asuntos clínicos serán decididas por profesionales calificados de atención médica que no tomaron la primera decisión y quienes tienen la experiencia clínica adecuada en el tratamiento de su condición o enfermedad.

Antes y durante la apelación, usted o su representante autorizado pueden ver el expediente de su caso, incluidos los registros médicos y cualquier otro documento y registro que se utilicen para tomar una decisión sobre su caso. Esta información está disponible sin costo alguno para usted.

También puede proporcionar información que desee que se use para tomar una decisión sobre la apelación, en persona o por escrito. Envíe su información a:

Apelaciones de Optima Health Community Care

P.O. Box 62876, Virginia Beach, VA 23466-2876,

Fax gratuito: 1-866-472-3920.

También puede llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que se encuentran más adelante si no está seguro de la información que debe proporcionarnos.

## **Plazos para las apelaciones**

### *Apelaciones estándar*

Si tenemos toda la información que necesitamos, le informaremos nuestra decisión dentro de 30 días después de recibir su solicitud de apelación. Le informaremos en un plazo de 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Se enviará un aviso por escrito de nuestra decisión dentro de 2 días calendario desde que tomamos la decisión.

### *Apelaciones aceleradas*

Si tenemos toda la información que necesitamos, las decisiones de apelación aceleradas se tomarán dentro de 72 horas después de recibir su apelación. Le informaremos en un plazo de 2 días calendario después de recibir su apelación si necesitamos más información. Le informaremos nuestra decisión por teléfono y le enviaremos un aviso por escrito dentro de 2 días calendario desde que tomamos la decisión.

### *Si necesitamos más información*

Si no podemos tomar una decisión dentro de los plazos necesarios porque necesitamos más información, haremos lo siguiente:

- Escribirle y decirle qué información se necesita. Si su solicitud se encuentra en una revisión acelerada, lo llamaremos de inmediato y le enviaremos un aviso por escrito más tarde.
- Explicar por qué la demora es lo mejor para usted.
- Tomar una decisión a más tardar *14 días adicionales* a partir de los plazos descritos anteriormente.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar una decisión. Esto puede deberse a que tiene más información para proporcionarle a Optima Health Community Care que lo ayude a decidir su caso. Esto se puede hacer llamando o escribiendo a:

Apelaciones de Optima Health Community Care



P.O. Box 62876, Virginia Beach, VA 23466-2876

Número de teléfono gratuito: 1-844-434-2916 Fax gratuito: 1-866-472-3920.

Usted o alguien de su confianza pueden presentar un reclamo ante Optima Health Community Care si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación. Usted o alguien de su confianza también pueden presentar un reclamo ante el estado sobre la forma en que Optima Health Community Care manejó su apelación, a través de la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

Si no le informamos nuestra decisión sobre su apelación a tiempo, tiene derecho a apelar ante el estado a través del proceso de Audiencia Estatal Imparcial. Una respuesta extemporánea de nuestra parte se considera un motivo válido para que usted siga apelando a través del proceso de audiencia estatal imparcial.

### **Aviso escrito de la decisión de la apelación**

Les informaremos a usted y a su proveedor por escrito si su solicitud es denegada o aprobada por un monto inferior al solicitado. También le informaremos el motivo de la decisión y el nombre, la dirección y el número de teléfono de contacto de la persona responsable de tomar la determinación adversa. Les explicaremos su derecho a apelar a través del proceso de audiencia estatal imparcial si no está de acuerdo con nuestra decisión.

## **Su derecho a una audiencia estatal imparcial**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su solicitud de apelación, puede apelar directamente ante el DMAS. Este proceso se conoce como Audiencia Estatal Imparcial. También puede presentar una solicitud para una audiencia estatal imparcial si denegamos el pago de los servicios cubiertos o si no respondemos a una solicitud de apelación por servicios dentro de los plazos descritos en este manual. El estado exige que usted agote (complete) primero el proceso de apelaciones de Optima Health Community Care antes de poder presentar una solicitud de apelación a través del proceso de audiencia estatal imparcial. Si no respondemos a su solicitud de apelación oportunamente, el DMAS contará esto como una *apelación agotada*.

Las audiencias imparciales estatales se pueden solicitar por una decisión adversa de beneficios relacionada con los servicios cubiertos Medicaid. No puede apelar ante el DMAS por una decisión adversa de beneficios relacionada con los beneficios adicionales que proporcionamos y que no están cubiertos por Medicaid (consulte la Sección 10 para obtener una lista de beneficios adicionales).

### **Solicitudes de revisión estándar o acelerada**

Para solicitudes estándar, por lo general las apelaciones se presentarán y el DMAS le dará una respuesta dentro de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación. Si desea que su audiencia estatal imparcial sea manejada rápidamente, debe escribir "SOLICITUD ACELERADA" en su solicitud de apelación. También debe pedirle a su médico que envíe una carta al DMAS que explique por qué necesita una apelación acelerada. El DMAS le informará si califica para una apelación acelerada dentro de 72 horas de haber recibido la carta de su médico.

### **Representante autorizado**

Puede darle permiso por escrito a alguien, como a su PCP, otro proveedor, o un amigo o pariente, para que lo ayuden con su solicitud de una audiencia estatal imparcial. A esta persona se le conoce como su representante autorizado.

### **¿Adónde se debe enviar la solicitud para una audiencia estatal imparcial?**

Usted o su representante deben enviar su solicitud de apelación estándar o acelerada al DMAS por Internet, correo postal, fax, correo electrónico, por teléfono, en persona o a través de otros medios electrónicos disponibles comúnmente. Envíe las solicitudes para una audiencia estatal imparcial al DMAS a más tardar 120 días a partir de la fecha de nuestra decisión final. Es posible que pueda apelar después de la fecha límite de 120 días en circunstancias especiales, con el permiso del DMAS.

Puede escribir una carta o llenar un formulario de Solicitud de Apelación de Medicaid de Virginia. El formulario está disponible en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad o en el sitio web de DMAS en <http://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources>. También debe enviar al DMAS una copia de la carta que le enviamos en respuesta a su apelación.

Debe firmar la solicitud de apelación y enviarla a:

División de Apelaciones

Departamento de Servicios de Asistencia Médica

600 E. Broad Street

Richmond, Virginia 23219

Fax: (804) 452-5454

Las apelaciones estándar y aceleradas también se pueden hacer llamando al (804) 371-8488.

### **Después de que presenta su apelación para una audiencia estatal imparcial**

El DMAS le notificará la fecha, hora y ubicación de la audiencia programada. La mayoría de las audiencias se pueden hacer por teléfono.

### **Plazos de las audiencias estatales imparciales**

#### *Apelación acelerada*

Si califica para una apelación acelerada, el DMAS le dará una respuesta a su apelación dentro de 72 horas de haber recibido la carta de su médico. Si el DMAS decide de inmediato que usted gana su apelación, le enviarán su decisión dentro de 72 horas de haber recibido la carta de su médico. Si el DMAS no decide de inmediato, tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición. Las audiencias para decisiones aceleradas generalmente se llevan a cabo dentro de uno o dos días después de que el DMAS recibe la carta de su médico. El DMAS aún tiene que darle una respuesta dentro de 72 horas de haber recibido la carta de su médico.

#### *Apelación estándar*

Si su solicitud no es una apelación acelerada, o si el DMAS decide que usted no califica para una apelación acelerada, el DMAS generalmente le dará una respuesta dentro de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación. Tendrá la oportunidad de participar en una audiencia para presentar su posición antes de que se tome una decisión.

## **Continuación de los beneficios**

En algunos casos, es posible que pueda seguir recibiendo los servicios que le denegamos mientras espera que se decida la apelación de la audiencia estatal imparcial. Es posible que pueda continuar los servicios que están programados para cancelarse o reducirse si solicita una apelación:

- dentro de diez días después de informarle que su solicitud fue denegada o que la atención médica va a cambiar;
- en la fecha en que está programado que ocurra el cambio en los servicios.

Sus servicios continuarán hasta que usted retire la apelación, finalice el período de autorización original para su servicio o el funcionario de audiencias estatales imparciales emita una decisión que no sea a su favor.

**Sin embargo, es posible que deba reembolsar a Optima Health Community Care por cualquier servicio que reciba durante el período de cobertura continua, si se confirma la determinación adversa de beneficios de Optima Health Community Care y los servicios se brindan únicamente debido a los requisitos descritos en esta Sección.**

## **Si la audiencia estatal imparcial revoca la denegación**

*Si los servicios no se continuaron mientras la audiencia estatal imparcial estaba en trámite*

Si la decisión de la audiencia estatal imparcial es revocar la denegación, Optima Health Community Care debe autorizar o proporcionar los servicios en apelación tan pronto como su condición lo requiera y a más tardar en 72 horas a partir de la fecha en que Optima Health Community Care reciba aviso del estado revocando la denegación.

*Si los servicios se prestaron mientras la audiencia estatal imparcial estaba en trámite*

Si la decisión de la audiencia estatal imparcial es revocar la denegación, y se prestaron los servicios mientras la apelación estaba en trámite, Optima Health Community Care debe pagar por esos servicios de conformidad con la política y los reglamentos estatales.

## **Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia estatal imparcial**

La decisión de la audiencia estatal imparcial es la decisión administrativa final dictada por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica. Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario de audiencias, puede apelarla ante el tribunal de circuito local.

## **Su derecho a presentar un reclamo**

Optima Health Community Care hará todo lo posible para tratar sus inquietudes lo más rápido posible para su satisfacción. Según el tipo de inquietud que tenga, se manejará como un reclamo o una apelación.

### **Plazos para los reclamos**

Puede presentar un reclamo con nosotros en cualquier momento.

### **¿Qué tipos de problemas deberían ser reclamos?**

El proceso de reclamos se usa para asuntos relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y la atención al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de reclamaciones de Optima Health Community Care.

#### *Reclamaciones sobre la calidad*

- No está satisfecho con la calidad de la atención, como la atención que recibió en el hospital.

#### *Reclamaciones sobre la privacidad*

- Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información confidencial o privada sobre su persona.

#### *Reclamaciones sobre atención al cliente deficiente*

- Un proveedor o el personal de atención médica fueron groseros o irrespetuosos con usted.
- El personal de Optima Health Community Care lo trató mal.
- Optima Health Community Care no responde a sus preguntas.
- No está satisfecho con la asistencia que recibe de su Coordinador de

Atención.

#### *Reclamaciones sobre la accesibilidad*

- No puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor.
- No se le brindaron las adaptaciones razonables solicitadas que necesitaba para participar de manera significativa en su atención.

#### *Reclamaciones sobre el acceso a la comunicación*

- Su médico o proveedor no le ofrecen un intérprete calificado para personas sordas o con dificultades auditivas, o un intérprete para otro idioma, durante su cita.

#### *Reclamaciones sobre los tiempos de espera*

- Tiene problemas para obtener una cita o espera demasiado tiempo para obtenerla.
- Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o bien Servicios al Miembro u otro personal de Optima Health Community Care, lo han hecho esperar demasiado tiempo.

#### *Reclamaciones sobre la limpieza*

- Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.

#### *Reclamaciones sobre nuestras notificaciones*

- Considera que no le entregamos un aviso o una carta que debió haber recibido.
- Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
- Solicitó ayuda para entender la información y no la recibió.

#### **Existen diferentes tipos de reclamos**

Puede presentar un reclamo interno o un reclamo externo. Un reclamo interno se presenta ante, y es revisada por, Optima Health Community Care. Un reclamo externo se presenta ante, y es revisado por, una organización que no está afiliada

con Optima Health Community Care.

### **Reclamaciones internas**

Para presentar un reclamo interno, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra a continuación. También puede escribir su reclamo y enviárnoslo. Si presenta su reclamo por escrito, lo responderemos por escrito. Puede presentar un reclamo por escrito enviándolo por correo postal o por fax al 757-552-8975 o al 1-866-472-3920 dentro de 180 días a partir de la fecha de su inquietud o problema. Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar al número TTD al 757-552-7120 o 1-800-828-1140, o marcar el 711.

Para que podamos ayudarlo mejor, incluya detalles acerca de quién o de qué se trata el reclamo, y cualquier información sobre el mismo. Optima Health Community Care revisará su reclamo y solicitará cualquier información adicional. Puede llamar a Servicios al Miembro al número que se encuentra más abajo si necesita ayuda para presentar un reclamo o si necesita asistencia en otro idioma o formato.

Le notificaremos el resultado de su reclamo dentro de un tiempo razonable, pero a más tardar 30 días calendario después de recibirlo.

Si su reclamo está relacionado con su solicitud de una apelación acelerada, le responderemos dentro de 24 horas después de recibirlo.

### **Reclamaciones externas**

*Puede presentar un reclamo a través de la línea de ayuda de CCC Plus*

Puede presentar un reclamo sobre Optima Health Community Care a la línea de ayuda de CCC Plus. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608.

*Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles*

Puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos si cree que no lo han tratado de manera justa. Por ejemplo, puede presentar un reclamo sobre el acceso para discapacitados o la asistencia con el idioma. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de su localidad en:

Oficina de Derechos Civiles - Región III

Departamento de Salud y Servicios Humanos

150 S Independence Mall West Suite 372

Public Ledger Building

Philadelphia, PA 19106

1-800-368-1019

Fax: 215-861-4431

TDD: 1-800-537-7697

*Puede presentar un reclamo ante la Oficina del Defensor Estatal de Cuidados Prolongados*

El Defensor Estatal de Cuidados Prolongados ejerce como defensor de las personas mayores que reciben servicios de cuidados prolongados. Los defensores locales ofrecen a los residentes de Virginia de mayor edad y a sus familias información, defensa, orientación sobre reclamaciones y asistencia para resolver problemas relacionados con la atención.

El programa del Defensor Estatal de Cuidados Prolongados ofrece asistencia a personas que reciben servicios de cuidados prolongados, ya sea que la atención se proporcione en un centro de enfermería o un centro de vida asistida, o a través de servicios comunitarios para ayudar a las personas que aún viven en casa. Un defensor de cuidados prolongados no trabaja para el centro, el estado ni Optima Health Community Care. Esto les ayuda a ser justos y objetivos en la resolución de problemas y preocupaciones.

El programa también representa los intereses de los consumidores de cuidados prolongados ante las agencias gubernamentales estatales y federales y la Asamblea General.

El Defensor Estatal de Cuidados Prolongados puede ayudarlo si usted está teniendo un problema con Optima Health Community Care o un centro de enfermería. El Defensor Estatal de Cuidados Prolongados no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los servicios son

Servicios al Miembro de Optima Health Community Care 1-888-512-3171; TTY 1-844-552-8148. Diariamente, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.



gratuitos.

Oficina del Defensor Estatal de Cuidados Prolongados

1-800-552-5019 Esta llamada es gratuita.

1-800-464-9950

Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla.

Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar a este número.

Oficina del Defensor Estatal de Cuidados Prolongados de Virginia

Departamento de Servicios para el Envejecimiento y la Rehabilitación de Virginia

8004 Franklin Farms Drive

Henrico, Virginia 23229

804-662-9140

<http://www.ElderRightsVA.org>

# 16. Derechos del miembro

## Sus derechos

Es política de Optima Health Community Care tratarlo con respeto. También nos preocupamos por mantener un alto nivel de confidencialidad, respetando su dignidad y privacidad. Como miembro de CCC Plus, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Recibir acceso oportuno a la atención y los servicios.
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido su derecho a elegir a sus proveedores entre los proveedores de la red de Optima Health Community Care y su derecho a rechazar el tratamiento.
- Optar por recibir servicios y apoyos prolongados en su hogar o comunidad o en un centro de enfermería.
- Confidencialidad y privacidad acerca de sus registros médicos y cuándo recibe tratamiento.
- Recibir información y discutir las opciones de tratamiento disponibles, y a que se le presenten las alternativas de una manera y en un idioma que usted entienda.
- Obtener información en un idioma que usted entienda; puede obtener servicios de traducción oral de forma gratuita.
- Recibir adaptaciones razonables para garantizar que pueda tener acceso a, y comunicarse de manera efectiva con, los proveedores, incluidos auxiliares, intérpretes, programación flexible, y edificios y servicios físicamente accesibles.
- Recibir la información necesaria para que usted dé su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Obtener una copia de sus registros médicos y solicitar que los registros sean modificados o corregidos.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el

derecho a rechazar el tratamiento.

- Estar libre de restricciones o reclusiones, a menos que lo ordene un médico cuando exista un riesgo inminente de daño corporal a usted u otras personas, o cuando exista una necesidad médica específica. La reclusión y la restricción nunca se usarán como un medio de coacción, disciplina, represalia o conveniencia.
- Recibir atención de manera culturalmente competente sin importar discapacidad, género, raza, estado de salud, color de piel, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil o religión.
- Recibir información sobre dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de Optima Health Community Care, incluso cómo puede recibir beneficios de proveedores fuera de la red si los servicios no están disponibles en la red de Optima Health Community Care.
- Quejarse sobre Optima Health Community Care ante el estado. Puede llamar a la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 para presentar un reclamo sobre nosotros.
- Designar a alguien para que hable por usted sobre su cuidado y tratamiento y para que lo represente en una apelación.
- Hacer declaraciones y planes de voluntad anticipados sobre su atención, en el caso de que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica. Consulte la Sección 17 de este manual para obtener información sobre las Declaraciones de voluntad anticipadas.
- Cambiar su plan médico de CCC Plus una vez al año por cualquier motivo durante la inscripción abierta o cambiar su MCO después de la inscripción abierta por un motivo aprobado. Consulte la Sección 2 de este manual, llame a la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608 o visite el sitio web [cccplusva.com](http://cccplusva.com) para obtener más información.
- Apelar cualquier determinación (decisión) adversa de beneficios por parte de Optima Health Community Care con la que no esté de acuerdo y que se relacione con la cobertura o el pago de servicios. Consulte *Su derecho a apelar* en esta Sección 15 del manual.

- Presentar un reclamo sobre cualquier inquietud que tenga con nuestra atención al cliente, los servicios que ha recibido, o la atención y el tratamiento que recibió de uno de los proveedores de nuestra red. Consulte *Su derecho a presentar un reclamo* en la Sección 15 de este manual.
- Recibir información sobre nuestro plan, sus servicios cubiertos, los proveedores de nuestra red y sus derechos y responsabilidades.
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades del miembro, como por ejemplo uniéndose a nuestro Comité Asesor para Miembros (como se describe más adelante en esta Sección del manual).

## Su derecho a estar seguro

Todos tienen derecho a vivir una vida segura en el hogar o en el entorno que elijan. Cada año, muchos adultos mayores y adultos más jóvenes que son discapacitados son víctimas de malos tratos por parte de miembros de la familia, cuidadores y otras personas responsables de su bienestar. Si usted, o alguien que usted conoce, está siendo maltratado físicamente, se le descuida, o un miembro de la familia u otra persona se está aprovechando de él/ella financieramente, usted debe llamar al Departamento de Servicios Sociales de su localidad o a la línea directa gratuita las 24 horas del Departamento de Servicios Sociales de Virginia al: 1-888 832-3858. Puede hacer esta llamada de forma anónima; no tiene que dar su nombre. La llamada es gratuita.

También pueden proporcionar un trabajador local capacitado que puede asistirlo y ayudarlo a obtener los tipos de servicios que necesita para garantizar su seguridad.

## Su derecho a la confidencialidad

Optima Health Community Care solo divulgará información si la ley estatal y federal lo permite específicamente, o si es necesario para el uso de programas que revisan registros médicos para supervisar la calidad de la atención o para combatir el fraude o el abuso.

El personal de Optima Health Community Care hará preguntas para confirmar su identidad antes de que analicemos o divulguemos su información de salud.

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 le exige a Optima Health Community Care proteger la confidencialidad de su información de salud. No utilizaremos ni divulgaremos más su información de salud, excepto cuando sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones del plan de salud, según lo permita o exija la ley, o en la medida en que usted lo autorice.

Optima Health Community Care está obligado por ley a mantener la confidencialidad y seguridad de su información de salud. Solo usaremos o compartiremos su información de salud según sea necesario para proporcionarle la atención que necesita o según lo permita la ley, a menos que nos dé permiso por escrito para compartirla con otros.

Si recibe atención por, o tiene un diagnóstico de, un trastorno por uso de sustancias, o recibe servicios de tratamiento para la adicción y de recuperación, debe darnos un permiso por escrito para compartir su información, a menos que la información se comparta con una empresa que trabaje para Optima Health Community Care en un esfuerzo por brindarle atención y beneficios de seguro.

Puede encontrar una descripción completa de sus derechos de conformidad con la HIPAA en el Aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare. Se incluye una copia del aviso al final de este manual. También puede ir a [optimahealth.com/members](https://optimahealth.com/members) para ver una copia de nuestro aviso de privacidad.

## **Su derecho a la privacidad**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal y nos comprometemos a protegerla. Usamos información sobre usted para administrar sus beneficios, procesar sus reclamos, ofrecer educación y atención clínica, coordinar sus beneficios con otras compañías de seguros y otras actividades relacionadas con la prestación de cobertura médica.

La Mancomunidad de Virginia también tiene leyes vigentes para proteger la privacidad de su información de seguro. Optima Health Community Care requiere un formulario de Autorización de agente designado cuando alguien además de

usted necesite obtener o cambiar la información de salud. Puede descargar una copia del formulario en [optimahealth.com/members](http://optimahealth.com/members) en “Manage My Plan” (Administrar mi plan), “Member Forms” (Formularios para miembros); o llamando a Servicios al Miembro al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Usted tiene el derecho legal a ver y recibir una copia de su información médica, incluidos sus registros de reclamos. También tiene derecho a corregir su información de salud, solicitar comunicaciones confidenciales, pedirnos que limitemos la información que compartimos y obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare. También tiene derecho a solicitar una lista de las personas a quienes hemos divulgado su información en ciertas circunstancias. Esto se denomina Registro de divulgaciones y se puede obtener llamando al número de Servicios al Miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante Optima Health Community Care o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar uno reclamo ante Optima Health Community Care, llame al número de Servicios al miembro que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

## **Aviso de prácticas de privacidad**

Aviso de prácticas de privacidad de Sentara Healthcare

Fecha de entrada en vigor: 2 de junio de 2005 Revisado: 1° de agosto de 2016

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO ATENTAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la oficina de la persona de contacto de privacidad de Sentara.

Persona de contacto de privacidad de la HIPAA de Sentara  
PO Box 2200  
Norfolk, VA 23501  
1-800-981-6667

## **Quién debe cumplir este aviso**

**Este aviso describe las prácticas de privacidad de Sentara Healthcare, lo que incluye:**

- Todas las divisiones, afiliados, instalaciones, grupos médicos, departamentos y unidades de Sentara Healthcare.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios al que permitamos ayudarlo mientras se encuentre en un centro de Sentara Healthcare.
- Todos los empleados y el personal de Sentara Healthcare.
- Residentes hospitalarios, estudiantes de medicina, médicos y grupos de médicos en Sentara con respecto a los servicios brindados y los registros médicos que se mantienen en los centros de Sentara (en conjunto "Sentara" o "nosotros").

## **Nuestro compromiso en relación con la información médica:**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica.

Creamos un registro médico de la atención y los servicios que recibe en los sitios de atención de Sentara. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales.

Este aviso aplica a todos los registros médicos de Sentara Healthcare sobre su cuidado que son generados por una entidad de Sentara, ya sea que los haya realizado el personal de Sentara o su proveedor personal. Su proveedor personal puede tener diferentes políticas o avisos con respecto al uso y la divulgación por parte de su médico de su información médica creada en el consultorio o la clínica del médico.

Este aviso le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información.

## **Estamos obligados por ley a:**

- Garantizar que toda su información médica y de identificación se mantenga privada.
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad.

- Cumplir los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

## ¿Cómo podemos usar y divulgar su información médica?

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que usamos y divulgamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y daremos ejemplos. No se indicarán todos los usos o divulgaciones en una categoría; sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información se encuentran dentro de una de las categorías.

- **Para tratamiento:** podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, u otro personal y proveedores de atención de Sentara que estén involucrados en su atención. Entre los que lo atienden se encuentran médicos, enfermeras y otro personal de atención médica en capacitación quienes, a menos que usted solicite lo contrario, pueden estar presente durante su atención como parte de su educación. Podemos usar imágenes fijas o en movimiento y un circuito cerrado de televisión para supervisar su atención. También podemos compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que usted necesita, como recetas, análisis de laboratorio, radiografías y transporte médico de emergencia, así como también con familiares u otras personas que brindan servicios que son parte de su atención.
- **Para pagos:** Sentara puede usar y divulgar su información médica para que Sentara u otras entidades involucradas en su atención puedan obtener un pago de su parte, de una compañía de seguros o de un tercero, por el tratamiento y los servicios que usted recibe. Nosotros y su(s) médico(s) podemos divulgar su información médica a cualquier persona, a la Administración del Seguro Social, aseguradora o pagador de beneficios, plan de servicios de atención médica o compañía de indemnización para trabajadores que sea, o pueda ser, responsable de una parte o la totalidad de su factura. Por ejemplo, podemos darle a su aseguradora información sobre la cirugía que recibió en un hospital de Sentara para que nos paguen o le reembolsen. También podemos informarle a su aseguradora sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa, determinar si su



plan cubrirá el tratamiento o resolver una apelación o un reclamo. La información sobre los miembros de los planes de atención administrada de Sentara se puede usar y divulgar para determinar si los servicios solicitados o recibidos son beneficios cubiertos de acuerdo con su seguro, y para suscribir su plan de salud colectivo. Sentara debe aceptar, si usted lo solicita, restringir la divulgación de la información protegida de salud (Protected Health Information, PHI) a un plan de salud para cualquier artículo o servicio de atención médica que usted haya pagado en su totalidad de su bolsillo.

- **Para operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su información médica para nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que Sentara funcione y para garantizar que todos nuestros pacientes y miembros reciban servicios de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, para evaluar el desempeño de nuestro personal y para evaluar su satisfacción con nuestro tratamiento o servicios. Podemos combinar información médica para decidir qué servicios adicionales o beneficios de salud debe ofrecer Sentara, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. Podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes en capacitación con Sentara y otro personal de Sentara para fines de revisión y aprendizaje. Podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otras entidades de atención médica, para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Sentara también puede divulgar información a organizaciones privadas de acreditación, incluidas, entre otras, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica y el Comité Nacional, el Programa de Acreditación Hospitalaria Det Norske Veritas (DNV), Quality Assurance u otras entidades de acreditación, con el fin para obtener la acreditación de estas organizaciones. Podemos usar su información para proveedores de credenciales en la red de nuestro plan de salud y para otorgar privilegios hospitalarios a los proveedores. También podemos proporcionar a otras personas información anónima que no lo identifique, para su uso en estudios médicos.
- **Recordatorios de citas:** podemos usar y divulgar su información para recordarle una cita en una sede de Sentara.

- **Alternativas del tratamiento:** podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.
- **Servicios y beneficios relacionados con la salud:** podemos usar y divulgar su información para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud.
- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar y divulgar su información médica para que nosotros, o una fundación relacionada con Sentara, podamos comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar dinero para Sentara. Solo divulgamos información como su nombre, dirección y número de teléfono, y las fechas en que recibió tratamiento o servicios. Usted tiene derecho a ser eliminado de cualquier lista de recaudación de fondos para que no sea contactado. La exclusión de las actividades de recaudación de fondos no afectará en modo alguno el acceso o el nivel de atención a ningún paciente. Una vez que un paciente opta por excluirse de la lista de recaudación de fondos, Sentara Healthcare evitará comunicarse con usted, a menos que el paciente en un momento posterior decida inscribirse para ser contactado para recaudación de fondos. Excluirse o participar en la recaudación de fondos puede realizarse por teléfono o correo electrónico.
- **Directorio del hospital:** podemos incluir su nombre, ubicación en el hospital y su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) en el directorio del hospital mientras sea paciente de un hospital Sentara. La información del directorio se puede divulgar a las personas que preguntan por usted por su nombre, para que su familia, amigos y clérigos puedan visitarlo en el hospital y, en general, saber cómo se encuentra. Puede solicitar restringir parte o toda la información contenida en el directorio.
- **Investigación:** en ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Todos los proyectos de investigación deben ser revisados y aprobados por una junta de revisión institucional (Institutional Review Board, IRB) o una junta de privacidad. En situaciones limitadas, su información médica puede ser revisada por un investigador que se prepara para realizar un estudio de investigación.

- **Según lo exija la ley:** divulgaremos su información médica cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local. Esto incluye, entre otras, divulgaciones a los registros obligatorios de pacientes.
- **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad:** podemos usar y divulgar información médica sobre usted a una persona que pueda ayudar a prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- **A los patrocinantes de los planes de salud colectivos:** podemos divulgar su información médica al patrocinador de un plan de salud colectivo autofinanciado, como se define en la Ley de Seguridad de los Ingresos en la Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). También podemos darle a su empleador información sobre si está inscrito o si ha cancelado su inscripción en un plan de salud ofrecido por el empleador.
- **Comercialización:** debemos obtener su autorización previa por escrito para usar su información protegida de salud con fines comerciales, a excepción de un encuentro presencial o una comunicación que implique un regalo promocional de valor nominal. Se nos prohíbe vender listas de pacientes y personas inscritas a terceros, o divulgar información protegida de salud a un tercero para actividades de comercialización del tercero sin su autorización. Podemos comunicarnos con usted sobre opciones de tratamiento o sobre nuestros propios productos y servicios relacionados con la salud. Por ejemplo, nuestros planes de atención médica pueden informar a los pacientes sobre cobertura adicional del plan de salud y artículos y servicios de valor agregado, como descuentos especiales.
- **Actividades que requieren autorización:** Sentara requiere autorización específica del paciente para la divulgación de información protegida de salud en el caso de 1) divulgaciones que constituyen una venta de la PHI, 2) divulgación de la PHI para fines de comercialización y 3) divulgaciones de notas de psicoterapia. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento.

## Situaciones especiales

- **Donación de órganos y tejidos:** podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de

órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

- **Militares y veteranos:** podemos divulgar información médica sobre miembros de las fuerzas armadas nacionales o extranjeras, según lo requieran las autoridades del comando militar correspondiente.
- **Indemnización para trabajadores:** podemos divulgar su información médica para el programa de indemnización para trabajadores o programas similares.
- **Actividades de salud pública:** podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen lo siguiente:
  - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
  - Notificar nacimientos y muertes.
  - Denunciar abuso o maltrato infantil.
  - Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
  - Notificar a las personas acerca de retiros del mercado de productos que pueden estar usando.
  - Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
  - Notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica cuando usted esté de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.
- **Actividades de supervisión de la salud:** podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, entre otras, auditorías, investigaciones, exámenes, inspecciones y emisión de licencias.
- **Demandas y disputas:** si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si la parte que busca la información ha hecho el esfuerzo de informarle sobre la solicitud o ha hecho esfuerzos razonables para asegurar una orden de protección calificada. También podemos divulgar su información a los abogados de

Sentara y, de acuerdo con la ley estatal aplicable, a los abogados que trabajan en nombre de Sentara.

- **Aplicación de la ley:** podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - En respuesta a una orden de un tribunal, citación, orden judicial, convocatoria o proceso similar.
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo principal o persona desaparecida.
  - Sobre la víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona.
  - Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal.
  - Sobre la conducta criminal en la sede de una entidad de Sentara.
  - En circunstancias de emergencia para denunciar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de las personas que cometieron el crimen.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias:** podemos divulgar información médica a un médico forense, examinador médico o director de funeraria según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.
- **Actividades de inteligencia y seguridad nacional:** podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
- **Servicios de protección para el Presidente y otros:** podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.
- **Reclusos:** si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de un agente del orden público, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

- **Usos y divulgaciones relacionadas con actividades y productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** podemos divulgar información protegida de salud, sin su autorización, a una persona sujeta a la jurisdicción de la FDA para fines de salud pública relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de productos o actividades regulados por la FDA, tales como la recopilación o notificación de eventos adversos, productos peligrosos, y defectos o problemas con productos regulados por la FDA.
- **Información genética:** de acuerdo con la Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA), su plan de salud tiene prohibido usar o divulgar información genética con fines de suscripción de seguros.
- **Requisitos de admisión de vacunas escolares:** no es necesario que proporcione una autorización para que las escuelas reciban información sobre vacunación.
- **Todos los demás usos y divulgaciones de la PHI:** cualquier otro uso o divulgación de su PHI no especificada en este aviso requerirá una autorización firmada antes de su uso.

## **Sus derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- **Derecho a inspeccionar y copiar:** tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones en su caso, usted debe enviar su solicitud por escrito en un formulario proporcionado por Sentara al Departamento de Gestión de Información de Salud (Health Information Management, HIM). Usted tiene derecho a obtener una copia impresa o electrónica. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la información. También puede solicitar el lugar donde se enviará la información. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de fotocopiado, envío por correo u otros insumos asociados con su solicitud.

Podemos denegar su pedido de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica con licencia elegido por Sentara revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud.

Cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a una enmienda:** si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una modificación, siempre que la información sea conservada por o para una entidad de Sentara. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito en un formulario proporcionado por Sentara y enviado al Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM). Debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de una modificación si la misma no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que:
  - No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
  - No sea parte de la información médica conservada por o para una entidad Sentara.
  - No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
  - Es precisa y completa.
- **Derecho a un registro de divulgaciones:** usted tiene el derecho a solicitar un "registro de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. No incluye las divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, las divulgaciones que usted autoriza u otras divulgaciones para las cuales no se requiere un registro de acuerdo con la HIPAA. Para solicitar esta lista o registro de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito en un formulario proporcionado por Sentara al Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM). Su solicitud debe indicar un período que no puede ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su

solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa, electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos que conlleva proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud en ese momento, antes de contraer los costos.

- **Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito en un formulario proporcionado por Sentara al Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM). En su solicitud, debe decirnos:
  - cuál información quiere limitar;
  - si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
  - a quién desea que se apliquen los límites, es decir, divulgaciones a su cónyuge.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en el trabajo o por correo postal. Para solicitar notificaciones confidenciales, puede realizar su solicitud por escrito al Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM). También puede llamar por teléfono a la oficina de la persona de contacto de privacidad; sin embargo, para proteger su privacidad, es posible que no podamos atender las solicitudes hechas por teléfono. No le preguntaremos el motivo de su solicitud y atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.



- **Derecho a una copia impresa de este aviso:** tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si previamente ha aceptado recibir este aviso electrónicamente. Para obtener una copia impresa de este aviso, por favor escriba o llame al Departamento de Gestión de Información de Salud (HIM).
- **Derecho a una notificación de incumplimiento:** en el caso de que la información protegida de salud no segura se divulgue de manera inapropiada, se llevará a cabo una investigación del evento. Si se determina que hubo una violación de su información, recibirá una notificación de la violación por correo de primera clase.
- **Suscripción de seguros:** Sentara no utilizará la información genética del paciente de manera adversa para fines de suscripción de seguros.
- **Derechos de personas fallecidas:** la PHI de una persona que falleció hace 50 años o más NO está cubierta por la HIPAA. Las entidades cubiertas pueden divulgar la PHI de una persona fallecida a familiares y a otras personas que estuvieron involucradas en la atención o el pago de la atención, si no es contraria a la preferencia expresada anteriormente.

### **Modificaciones a este aviso**

- Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual con la fecha de entrada en vigor en los centros de tratamiento de atención médica de Sentara. Publicaremos una copia actualizada de este aviso en nuestro sitio web, [sentara.com](http://sentara.com). Además, cada vez que tenga una cita, se registre o sea admitido en un hospital de Sentara u otro lugar de tratamiento de Sentara para recibir tratamiento o servicios de atención médica, le ofreceremos una copia del aviso actual. Si usted es miembro de un plan de salud de Sentara, su Evidencia de cobertura o Certificado de seguro contendrá la versión del aviso en vigencia al momento de la impresión de dichos documentos, además de cualquier modificación al aviso.

### **Reclamaciones**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante Sentara o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar un reclamo ante Sentara, comuníquese con la persona de contacto de privacidad. Todas las reclamaciones deben presentarse por escrito. No se le penalizará ni se tomarán represalias su contra por presentar un reclamo.

### **Otros usos de la información médica**

Otros usos y divulgaciones de la información médica, que no estén cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nuestro caso, se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retractar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención y los servicios que le brindamos.

### **Avisos adicionales**

Si tiene seguro a través de Optima Health Plan, Optima Health Group u Optima Health Insurance Company, consulte su Evidencia de cobertura o Certificado de seguro para el Aviso de prácticas de información de seguro y el Aviso de prácticas de información financiera, requeridos por la ley de Virginia.

### **Leyes estatales**

Sentara también cumplirá con las leyes estatales pertinentes que pueden regir la privacidad de su información.

Persona de contacto de privacidad de la HIPAA de Sentara  
PO Box 2200  
Norfolk, VA 23501  
1-800-981-6667

## Cómo unirse al Comité Asesor para Miembros

A Optima Health Community Care le gustaría su ayuda para mejorar nuestro plan de salud. Lo invitamos a unirse a nuestro Comité Asesor para Miembros. En el comité, puede decirnos cómo podemos servirle mejor. Ir a estas reuniones le dará a usted y a su cuidador o miembro de su familia la oportunidad de ayudar a planificar reuniones y conocer a otros miembros de la comunidad. Estas reuniones educativas se llevan a cabo una vez cada tres meses. Si le gustaría asistir o desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro de Optima Health Community Care, usando uno de los números que se encuentran más adelante.

## Seguimos políticas de no discriminación

No se le puede tratar de manera diferente debido a su raza, color de piel, origen nacional, discapacidad, edad, religión, género, estado civil, embarazo, parto, orientación sexual o condiciones médicas.

Si considera que no lo han tratado justamente por alguno de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para obtener más información.

Optima Health Community Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

## **Spanish**

Optima Health Community Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## **Korean**

Optima Health Community Care 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

## **Vietnamese**

Optima Health Community Care tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

## **Chinese**

Optima Health Community Care 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

## **Arabic**

Optima Health Community Care أو يلتزم اللون أو العرق أساس على يميز ولا بها المعمول الفدرالية المدنية الحقوق بقوانين

الجنس أو الإعاقة أو السن أو الوطني الأصل.

## **Tagalog**

Sumusunod ang Optima Health Community Care sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

## **Farsi**

Optima Health Community Care از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه تبعیت می کند و هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملیتی، سن، ناتوانی یا جنسیت افراد قایل نمی شود.

## **Amharic**

Optima Health Community Care የፌዴራል ሲቪል መብቶችን መብት የሚያከብር ሲሆን ሰዎችን በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በዘር ሃረግ፣ በእድሜ፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልጽም።

## **Urdu**

Optima Health Community Care ہے کرتا تعميل کی قوانین کے حقوق شہری وفاقى اطلاق لـ قاب Care

کرتا۔ نہیں امتیاز پر بنیاد کی جنس یا معذوری، عمر، قومیت، رنگ، نسل کہ یہ اور

## **French**

Optima Health Community Care respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap.

## **Russian**

Optima Health Community Care соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

## **Hindi**

Optima Health Community Care लागूहोने योग्य संघीय नागरिक अधिकार क़ानून का पालन करता ह और जात, रंग, राय मूल, आयु, वकलांगता, या लग के आधार पर भेदभाव नह करता ह।

## **German**

Optima Health Community Care erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

## **Bengali**

Optima Health Community Care যাজ্ ফডারল নাগিরক অধিকার আইন মেন চেল এবং জাত, রঙ, জাতীয় উৎপিত্ত, বয়স, অমতা, বা লের ভিত্তেত বষমষ্ কের না।

## **Bassa**

Servicios al Miembro de Optima Health Community Care 1-888-512-3171; TTY 1-844-552-8148. Diariamente, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

Optima Health Community Care Nyo bĕĕ kpĕ nyoŭn-dyù gbo-gmò -gmà bĕĕ dyi ké wa ní ge nyoŭn-dyù mú dyìin dé bódó-dù nyoĕ sò kĕ ε mú, mwo kà nyoĕ dyoĕ -kù nyo niè ke mú, mwo bódó bé nyoĕ sò kĕ ε mú, mwo zĕjĕ kà nyoĕ dă nyue mú, mwo nyoĕ me kó dyíe mú, mwo nyoĕ me mò gàa, mwo nyoĕ me mò màa kee mú.



# 17. Responsabilidades del miembro

## Sus responsabilidades

Como miembro, también tiene algunas responsabilidades. Estas incluyen:

- Presentar su tarjeta de identificación de miembro de Optima Health Community Care cada vez que busque atención médica.
- Proporcionar información completa y precisa lo mejor que pueda sobre su salud y su historial médico.
- Participar en las reuniones de su equipo de atención, desarrollar una comprensión de su estado de salud y aportar lo mejor que pueda al desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados.
- Mantener sus citas. Si debe cancelar, llame tan pronto como pueda.
- Recibir todos sus servicios cubiertos de la red de Optima Health Community Care.
- Obtener la autorización de Optima Health Community Care antes de recibir servicios que requieran la revisión de una autorización de servicio (consulte la Sección 14).
- Llamar a Optima Health Community Care cada vez que tenga una pregunta sobre su membresía o si necesita ayuda; llame gratis a uno de los números que se encuentran más adelante.
- Informar a Optima Health Community Care cuando planea estar fuera de la ciudad, para que podamos ayudarlo a organizar sus servicios.
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales.
- Llamar a su PCP cuando necesite atención médica, incluso si es fuera de horario.
- Informar a Optima Health Community Care cuando considere que es necesario cambiar su plan de atención.
- Decirnos si tiene problemas con cualquier personal de atención médica. Llamar a Servicios al Miembro a uno de los números que se encuentra más



adelante.

- Llamar a Servicios al Miembro a uno de los números telefónicos que se encuentran más adelante por cualquiera de los siguientes:
  - Si tiene algún cambio en su nombre, su dirección o su número de teléfono. Informe también sobre esto a su trabajador del caso en el Departamento de Servicios Sociales de su localidad.
  - Si tiene algún cambio en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o la de indemnización para trabajadores.
  - Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
  - Si es admitido en un centro de enfermería u hospital.
  - Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
  - Si cambia a su cuidador o cualquier persona que sea responsable por usted.
  - Si forma parte de un estudio de investigación clínica.

## **Declaraciones de voluntad anticipada**

Tiene derecho a decir lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta. Puede haber un momento en que no pueda tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Antes de que eso le suceda, puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted, si no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica, si no puede tomar decisiones por sí mismo.

El documento legal que puede usar para dar sus indicaciones se denomina una declaración de voluntad anticipada. Una declaración de voluntad anticipada entra

en vigor solo si usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo. Cualquier persona de 18 años o más puede llenar una declaración de voluntad anticipada. Existen diferentes tipos de declaraciones de voluntad anticipada y diferentes nombres para ellas. Los ejemplos son un testamento en vida, un poder notarial para la atención médica y una declaración avanzada de voluntad anticipada para las decisiones de atención médica.

No tiene que usar una declaración de voluntad anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que hay que hacer:

### **¿Dónde puedo obtener el formulario de declaraciones de voluntad anticipadas?**

Puede obtener el formulario de Declaraciones de Voluntad anticipada de Virginia en: <http://www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf>.

También puede obtener el formulario de parte de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicaid.

Puede obtener ayuda para completar una Planificación de voluntad anticipada en Virginia de:

- Organización As You Wish; parte de la Coalición de Planificación de Voluntad Anticipada de Virginia: [asyouwishvirginia.org/](http://asyouwishvirginia.org/) o 757-325-9400.
- Sentara Healthcare (<https://www.sentara.com/hampton-roads-virginia/patientguide/advance-care-planning.aspx>).
- Five Wishes (<https://www.agingwithdignity.org/>).
- <http://www.vdh.virginia.gov/OLC/documents/2011/pdfs/2011-VA-AMD-Simple.pdf> también puede tener formularios de declaraciones de voluntad anticipada.
- <http://www.virginiaadvancedirectives.org/the-virginia-hospital---healthcares-association--vhha--form.html>

### **Llenar el formulario de declaraciones de voluntad anticipada**

Llene y firme el formulario. El formulario es un documento legal. Es posible que desee considerar contar con un abogado que lo ayude a prepararlo. Puede haber recursos legales gratuitos disponibles para ayudarlo.

### **Comparta la información con las personas que quiere que sepan al respecto**

Proporcione copias a las personas que necesitan saber sobre esto. Debe entregarle a su médico una copia del testamento en vida, de la declaración de voluntad anticipada o del formulario de poder notarial. También debe darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. También puede proporcionales copias a parientes o amigos cercanos. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si va a ser hospitalizado y ha firmado una declaración de voluntad anticipada, lleve una copia al hospital. El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de declaraciones de voluntad anticipada y si lo tiene con usted. Si no ha firmado un formulario de declaraciones de voluntad anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

### **Podemos ayudarlo a obtener o comprender los documentos de las instrucciones anticipadas**

Su Coordinador de Atención puede ayudarlo a comprender u obtener estos documentos. No cambian su derecho a obtener beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es que los demás sepan lo que usted quiere si no puede hablar por sí mismo.

Recuerde, es su elección llenar una declaración de voluntad anticipada o no. Puede revocar o cambiar su declaración de voluntad anticipada o su poder notarial si cambian sus deseos sobre sus decisiones de atención médica o su representante autorizado.

### **Otros recursos**

También puede encontrar información sobre las instrucciones anticipadas en Virginia en: <http://www.virginiaadvancedirectives.org/>

Puede almacenar sus declaraciones de voluntad anticipada en el Registro de Declaraciones de Voluntad Anticipada del Departamento de Salud de Virginia: <https://connectvirginia.org/adr/>

### **Si no se siguen sus instrucciones anticipadas**

Si ha firmado una declaración de voluntad anticipada y considera que un médico

o un hospital no siguieron las instrucciones, puede presentar una queja ante las siguientes organizaciones.

Para quejas sobre médicos y otros proveedores, comuníquese con la División de Cumplimiento en el Departamento de Profesiones de la Salud de Virginia:

<b>LLAME AL</b>	Virginia Department of Health Professions: Línea gratuita: 1-800-533-1560 Número de teléfono local: 804-367-4691
<b>ESCRIBA A</b>	Virginia Department of Health Professions Enforcement Division 9960 Mayland Drive, Suite 300 Henrico, Virginia 23233-1463
<b>FAX</b>	804-527-4424
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:enfcomplaints@dhp.virginia.gov">enfcomplaints@dhp.virginia.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm">http://www.dhp.virginia.gov/Enforcement/complaints.htm</a>

Para quejas sobre centros de enfermería, hospitales para pacientes hospitalizados y ambulatorios, centros de aborto, organizaciones de atención en el hogar, programas de hospicio, centros de diálisis, laboratorios clínicos y planes de salud (también conocidos como organizaciones de atención administrada), comuníquese con la Oficina de Emisión Licencias y Certificación del Departamento de Salud de Virginia:

<b>LLAME AL</b>	Línea gratuita: 1-800-955-1819 Número de teléfono local: 804-367-2106
<b>ESCRIBA A</b>	Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification 9960 Mayland Drive, Suite 401 Henrico, Virginia 23233-1463
<b>FAX</b>	804-527-4503
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:OLC-Complaints@vdh.virginia.gov">OLC-Complaints@vdh.virginia.gov</a>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/">http://www.vdh.virginia.gov/licensure-and-certification/</a>



## 18. Fraude, despilfarro y abuso

### ¿Qué es el fraude, despilfarro y abuso?

El fraude es un engaño intencional o una tergiversación hecha por una persona, con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para sí mismo o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya un fraude bajo la ley federal o estatal aplicable.

El despilfarro incluye la sobreutilización, la subutilización o el uso indebido de los recursos. Por lo general, el despilfarro no es un acto intencional, pero sí da como resultado un gasto que no debió haber ocurrido. Como resultado, el despilfarro debe notificarse para que los pagos incorrectos puedan identificarse y corregirse.

El abuso incluye prácticas que son inconsistentes con la buena práctica fiscal, comercial o médica, y que resultan en un costo innecesario para el programa Medicaid, el pago por servicios que no son médicamente necesarios o que no se cumplan con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente.

Los tipos comunes de fraude, despilfarro y abuso de atención médica incluyen:

- Robo de identidad médica.
- Facturación de artículos o servicios innecesarios.
- Facturación de artículos o servicios no prestados o proporcionados.
- Facturación de un código para un servicio o procedimiento más costoso que el que se realizó (conocido como *up-coding* o aumento de codificación).
- Cobro por servicios por separado que generalmente se agrupan en una tasa (desagregación).
- Artículos o servicios no cubiertos.
- Cuando un médico recibe una forma de pago a cambio de remitir a un paciente a otro médico. Estos pagos se llaman "sobornos".

### ¿Cómo denuncio el fraude, el despilfarro o el abuso?

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos. Estas son algunas cosas que usted puede hacer para prevenir el fraude:

- No dé su número de identificación (ID) del plan u otra información personal por teléfono ni lo envíe por correo electrónico a personas que no conozca, excepto a sus proveedores de atención médica o a los representantes de Optima Health.
- No vaya a un médico que diga que un artículo o servicio no suele estar cubierto, pero sabe cómo facturar al plan médico para que lo paguen. No le pida a su médico que haga entradas falsas en certificados, facturas o registros para que nosotros paguemos por un artículo o servicio.

Optima Health proporciona a sus miembros una forma para notificar situaciones o acciones que crean que pueden ser potencialmente ilegales, poco éticas o inapropiadas. Si desea reportar prácticas fraudulentas o abusivas, puede llamar a la línea directa de fraude y abuso en el número a continuación. También puede enviar un correo electrónico o reenviar su información a la dirección a continuación. Todas las remisiones pueden permanecer anónimas. Asegúrese de dejar su nombre y número si desea que lo contacten para seguimiento. Si corresponde, se notificará a la agencia gubernamental necesaria (por ejemplo, el DMAS, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS], la Oficina del Inspector General [Office of Inspector General, OIG], la Comisión de inversiones [Board of Investment, BOI], etc.) según lo requiera la ley.

### **Línea directa de fraude y abuso de Optima Health**

Teléfono: 1-866-826-5277

Correo electrónico: [compliancealert@sentara.com](mailto:compliancealert@sentara.com)

Correo postal: Optima Health

a/a Special Investigations Unit

4417 Corporation Lane

Virginia Beach, VA 23462

Si prefiere remitir sus preocupaciones sobre fraude, despilfarro o abuso directamente al estado, puede informar a los contactos que figuran a continuación.

### **Línea directa de fraude del Departamento de Asistencia Médica**

Servicios al Miembro de Optima Health Community Care 1-888-512-3171; TTY 1-844-552-8148. Diariamente, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.



Teléfono: 1-800-371-0824 o

1-866-486-1971 o

(804) 786-1066

**Unidad de Control de Fraude de Medicaid de Virginia (Oficina del Fiscal General)**

Correo electrónico: [MFCU\\_mail@oag.state.va.us](mailto:MFCU_mail@oag.state.va.us)

Fax: 804-786-3509

Correo postal: Office of the Attorney General

Medicaid Fraud Control Unit

202 North Ninth Street

Richmond, VA 23219

**Oficina del Inspector General de Estado de Virginia**

**Línea directa de fraude, despilfarro y abuso**

Teléfono: 1-800-723-1615

Fax: 804-371-0165

Correo electrónico: [covhotline@osig.virginia.gov](mailto:covhotline@osig.virginia.gov)

Correo postal: Línea directa de fraude, despilfarro y abuso del estado

101 N. 14<sup>th</sup> Street

The James Monroe Building 7<sup>th</sup> Floor

Richmond, VA 23219



## 19. Otros recursos importantes

El Departamento para Sordos y Personas con Problemas Auditivos de Virginia (Virginia Department for the Deaf and Hard of Hearing, VDDHH)

El programa de Asistencia Tecnológica (Technology Assistance Program, TAP) ofrece equipos de telecomunicación a solicitantes calificados cuyas discapacidades les impiden usar un teléfono estándar. Los especialistas en alcance del VDDHH también pueden proporcionar información y remisiones para dispositivos de tecnología de asistencia.

(804) 662-9502 (Voz / TTY)

1-800-552-7917 (Voz / TTY)

(804) 662-9718 (Fax)

1602 Rolling Hills Drive, Suite 203

Richmond, VA 23229-5012

<http://www.vddhh.org>

Nombre de la agencia	Áreas atendidas
<p><b><u>Mountain Empire Older Citizens, Inc.</u></b>  P.O. Box 888  Big Stone Gap, VA 24219-0888  Michael Wampler, Director Ejecutivo  Teléfono: 276-523-4202 o 1-800-252-6362  FAX: 276-523-4208  Correo electrónico: <a href="mailto:mwampler@meoc.org">mwampler@meoc.org</a></p>	<p>Condados de Lee, Wise y Scott  Ciudad de Norton</p>
<p><b><u>Appalachian Agency For Senior Citizens, Inc.</u></b>  P.O. Box 765  Cedar Bluff, VA 24609-0765  Regina Sayers, Directora Ejecutiva  Teléfono: 276-964-4915 o 1-800-656-2272  FAX: 276-963-0130  Correo electrónico: <a href="mailto:aasc@aasc.org">aasc@aasc.org</a></p>	<p>Condados de Dickenson, Buchanan, Tazewell, y Russell</p>
<p><b><u>District Three Governmental Cooperative</u></b>  4453 Lee Highway  Marion, VA 24354-4270  Mike Guy, Director Ejecutivo  Teléfono: 276-783-8150 o 1-800-541-0933  FAX: 276-783-3003  Correo electrónico: <a href="mailto:district-three@smyth.net">district-three@smyth.net</a></p>	<p>Condados de Washington, Smyth, Wythe, Bland, Grayson y Carroll  Ciudades de Galax y Bristol</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento de New River Valley</u></b>  141 East Main Street, Suite 500  Pulaski, VA 24301  Tina King, Directora Ejecutiva  Teléfono: 540-980-7720 FAX: 540-980-7724  Correo electrónico: <a href="mailto:nrvaoa@nrvaooa.org">nrvaooa@nrvaooa.org</a></p>	<p>Condados de Giles, Floyd, Pulaski y Montgomery  Ciudad de Radford</p>
<p><b><u>Local Office on Aging, Inc.</u></b>  P.O. Box 14205  Roanoke, Virginia 24038-4205  Ron Boyd, CEO  Teléfono: 540-345-0451 / Fax: 540-981-1487  Correo electrónico: <a href="mailto:ronboyd@loaa.org">ronboyd@loaa.org</a></p>	<p>Condados de Roanoke, Craig, Botetourt y Alleghany  Ciudades de Salem, Roanoke, Clifton Forge y Covington</p>

Nombre de la agencia	Áreas atendidas
<p><b><u>Valley Program for Aging Services, Inc.</u></b></p> <p>P.O. Box 14205 Waynesboro, VA 22980-0603 <b>Jenn Chestnut</b>, Directora Ejecutiva Provisional <b>Jeri Schaff</b>, Directora Ejecutiva Provisional Teléfono: 540-949-7141 o 1-800-868-8727 FAX: 540-949-7143</p>	<p>Condados de Rockingham, Rockbridge, Augusta, Highland y Bath Ciudades de Buena Vista, Lexington, Waynesboro y Harrisonburg</p>
<p><b><u>Shenandoah Area Agency on Aging, Inc.</u></b></p> <p>207 Mosby Lane Front Royal, VA 22630-2611 Cathie Galvin, Presidenta/CEO Teléfono: 540-635-7141 o 1-800-883-4122 FAX: 540-636-7810 Correo electrónico: <a href="mailto:Cindy.Palmer@shenandoahAAA.com">Cindy.Palmer@shenandoahAAA.com</a></p>	<p>Condados de Page, Shenandoah, Warren, Clarke y Frederick Ciudad de Winchester</p>
<p><b><u>Oficina de Servicios para Adultos y el Envejecimiento de Alexandria</u></b></p> <p>2525 Mount Vernon Avenue Alexandria, VA 22301-1159 MaryAnn Griffin, MSW - Directora Department of Human Resources Teléfono: 703.746.5692 Fax: 703.746.5975 Correo electrónico: <a href="mailto:Maryann.Griffin@alexandriava.gov">Maryann.Griffin@alexandriava.gov</a> Sitio web: <a href="http://www.AlexandriaVA.gov">www.AlexandriaVA.gov</a></p>	<p>Ciudad de Alexandria</p>

<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento de Arlington</u></b></p> <p>2100 Washington Boulevard, 4th Floor Arlington, VA 22204-5703 Maimoona N. Bah-Duckenfield, LCSW Directora del programa, Agencia para el Envejecimiento del Área Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad de Arlington Teléfono: 703-228-1700 FAX: 703-228-1174 TTY: 703-228-1788 Correo electrónico: <a href="mailto:Mbah-duckenfield@arlingtonva.us">Mbah-duckenfield@arlingtonva.us</a></p>	<p>Condado de Arlington</p>
<p><b>Nombre de la agencia</b> <span style="float: right;"><b>Áreas atendidas</b></span></p>	
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área de Fairfax</u></b></p> <p>12011 Government Center Parkway, Suite 720 Fairfax, VA 22035 Sharon Lynn, Directora Teléfono: 703-324-5411 FAX: 703-449-9552 Correo electrónico: <a href="mailto:Sharon.Lynn@fairfaxcounty.gov">Sharon.Lynn@fairfaxcounty.gov</a></p>	<p>Condado de Fairfax Ciudades de Fairfax y Falls Church</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área del Condado de Loudoun</u></b></p> <p>20145 Ashbrook Place, Suite 170 Ashburn, VA 20147 Lynn A. Reid, Administradora Teléfono: 703-777-0257 FAX: 703-771-5161 Correo electrónico: <a href="mailto:lynn.reid@loudoun.gov">lynn.reid@loudoun.gov</a></p>	<p>Condado de Loudoun</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área de Prince William</u></b></p> <p>5 County Complex, Suite 240 Woodbridge, VA 22192 Sarah R. Henry, Directora Teléfono: 703-792-6400 FAX: 703-792-4734 Correo electrónico: <a href="mailto:SHenry@pwcgov.org">SHenry@pwcgov.org</a></p>	<p>Condado de Prince William Ciudades de Manassas, Manassas Park y Woodbridge</p>

<p><b><u>Junta de Servicios Comunitarios de Rappahannock-Rapidan</u></b></p> <p>P.O. Box 1568 Culpeper, VA 22701 Ray Parks, Director de Servicios de Apoyo a la Comunidad Teléfono: 540-825-3100 FAX: 540-825-6245 TTY: 540-825-7391 Correo electrónico: <a href="mailto:rparks@rrcsb.org">rparks@rrcsb.org</a></p>	<p>Condados de Orange, Madison, Culpeper, Rappahannock y Fauquier</p>
<p><b><u>Junta para Personas Mayores del Área de Jefferson</u></b></p> <p>674 Hillsdale Drive, Suite 9 Charlottesville, VA 22901 Marta Keane, CEO Teléfono: 434-817-5222 FAX: 434-817-5230 Correo electrónico: <a href="mailto:mkeane@jabacares.org">mkeane@jabacares.org</a></p>	<p>Condados de Nelson, Albemarle, Louisa, Fluvanna y Greene Ciudad de Charlottesville</p>
<p><b>Nombre de la agencia</b> <span style="float: right;"><b>Áreas atendidas</b></span></p>	
<p><b><u>Central Virginia Alliance for Community Living, Inc. (PSA 11)</u></b></p> <p>501 12th Street, Suite A Lynchburg, VA 24504 Deborah Silverman, Directora Teléfono: 434-385-9070 FAX: 434-385-9209 Correo electrónico: <a href="mailto:cvacl@cvcl.org">cvacl@cvcl.org</a></p>	<p>Condados de Bedford, Amherst, Campbell y Appomattox Ciudades de Bedford y Lynchburg</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área del Sur</u></b></p> <p>204 Cleveland Avenue Martinsville, VA 24112-4228 Teresa Fontaine, Directora Ejecutiva Teléfono: 276-632-6442 FAX: 276-632-6252 Correo electrónico: <a href="mailto:saaa@southernaaa.org">saaa@southernaaa.org</a></p>	<p>Condados de Patrick Henry, Franklin y Pittsylvania Ciudades de Martinsville y Danville</p>

<p><b>Agencia para el Envejecimiento del Área de Lake Country</b></p> <hr/> <p>1105 West Danville St  South Hill, Virginia 23970-3501  Gwen Hinzman, Presidenta/CEO  Teléfono: 434-447-7661 FAX: 434-447-4074  Correo electrónico: <a href="mailto:lakecaaa@lcaaa.org">lakecaaa@lcaaa.org</a></p>	<p>Condados de Halifax, Mecklemburgo y Brunswick  Ciudad de South Boston</p>
<p><b>Piedmont Senior Resources Area Agency on Aging, Inc.</b></p> <hr/> <p>P.O. Box 398  Burkeville, Virginia 23922-0398  Justine Young, Directora Ejecutiva  Teléfono: 434-767-5588 o 800-995-6918  FAX: 434-767-2529  Correo electrónico: <a href="mailto:JYoung@PiedmontSeniorResources.com">JYoung@PiedmontSeniorResources.com</a></p>	<p>Condados de Nottoway, Prince Edward, Charlotte, Lunenburg, Cumberland, Buckingha y Amelia</p>
<b>Nombre de la agencia</b>	
<b>Áreas atendidas</b>	
<p><b>Senior Connections - Capital Area Agency on Aging, Inc.</b></p> <hr/> <p>24 East Cary Street  Richmond, VA 23219  Thelma Bland Watson, Directora Ejecutiva  Teléfono: 804-343-3000 o 800-995-6918  FAX: 804-649-2258  Correo electrónico: <a href="mailto:gstevens@youraaa.org">gstevens@youraaa.org</a></p>	<p>Condados de Charles City, Henrico, Goochland, Powhatan, Chesterfield, Hannover y New Kent  Ciudad de Richmond</p>



<p><b><u>Rappahannock Area Agency on Aging, Inc.</u></b>  460 Lendall Lane  Fredericksburg, VA 22405  Leigh Wade, Directora Ejecutiva  Teléfono: 540-371-3375 o 800-262-4012  FAX: 540-371-3384  Correo electrónico: <a href="mailto:lwade@raaa16.org">lwade@raaa16.org</a></p>	<p>Condados de Caroline, Spotsylvania, Stafford y King George  Ciudad de Fredericksburg</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento de Bay</u></b>  P.O. Box 610  Urbanna, VA 23175  Kathy Vesley, Presidenta  Teléfono: 804-758-2386 FAX: 804-758-5773  Correo electrónico: <a href="mailto:kvesley@bayaging.org">kvesley@bayaging.org</a></p>	<p>Condados de Westmoreland, Northumberland, Richmond, Lancaster, Essex, Middlesex, Mathews, King and Queen, King William y Gloucester</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área del Distrito de Crater</u></b>  23 Seyler Drive  Petersburg, VA 23805  Gladys Mason, Directora Ejecutiva Interina  Teléfono: 804-732-7020 FAX: 804-732-7232  Correo electrónico: <a href="mailto:gmason@cdaaa.org">gmason@cdaaa.org</a></p>	<p>Condados de Dinwiddie, Sussex, Greensville, Surry y Prince George  Ciudades de Petersburg, Hopewell, Emporia y Colonial Heights</p>
<p><b><u>Servicios para Adultos Mayores del Sudeste de Virginia</u></b>  5 Interstate Corporate Center  6350 Center Drive, Suite 101  Norfolk, Virginia 23502  John Skirven, Director Ejecutivo  Teléfono: 757-461-9481 FAX: 757-461-1068  Correo electrónico: <a href="mailto:services@sseva.org">services@sseva.org</a></p>	<p>Condados de Southampton y de la isla de Wight  Ciudades de Franklin, Suffolk, Portsmouth, Chesapeake, Virginia Beach y Norfolk</p>
<p><b>Nombre de la agencia</b></p>	<p><b>Áreas atendidas</b></p>

<p><b><u>Peninsula Agency on Aging, Inc.</u></b></p> <p>739 Thimble Shoals Boulevard          Building 1000, Suite 1006          Newport News, VA 23606          William Massey, CEO          Teléfono: 757-873-0541 FAX: 757-872-1437          Correo electrónico: <a href="mailto:ceo@paainc.org">ceo@paainc.org</a></p>	<p>Condados de James City y York          Ciudades de Williamsburg Newport News, Hampton y Poquoson</p>
<p><b><u>Agencia para el Envejecimiento del Área de la Costa Este - Community Action Agency, Inc.</u></b></p> <p>P.O. Box 415          Belle Haven, Virginia 23306          Diane Musso, CEO          Teléfono: 757-442-9652 o 800-452-5977          FAX: 757-442-9303          Correo electrónico: <a href="mailto:ESAAA12@gmail.com">ESAAA12@gmail.com</a></p>	<p>Condados de Accomack y Northampton</p>

## 20. Información para miembros de la expansión de Medicaid

### ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro de la expansión de Medicaid?

Usted es elegible para la expansión de Medicaid si tiene de 19 a 64 años de edad y cumple con todas las siguientes categorías:

- Todavía no es elegible para la cobertura de Medicaid.
- Todavía no es elegible para la cobertura de Medicaid a través de un grupo de cobertura obligatoria (está embarazada o tiene una discapacidad, por ejemplo).
- Sus ingresos no exceden el 138% del Límite de Pobreza Federal (Federal Poverty Limit, FPL).
- Indicó en su solicitud que tiene necesidades médicas complejas.

El Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS de su localidad) o la Unidad Central de Procesamiento de Cover Virginia determinan la elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con el trabajador de elegibilidad del DSS de su localidad o llame a Cover Virginia al 1-855-242-8282 o TDD: 1-888-221-1590 si tiene cualquier pregunta sobre la elegibilidad para Medicaid. La llamada es gratuita. Para obtener más información, puede visitar Cover Virginia en <http://www.coverva.org/>.

### Inscripción para un miembro de la expansión de Medicaid

Dentro de los cuatro meses siguientes a la inscripción en Optima Health Community Care, un representante del plan de salud se pondrá en contacto con usted o con su representante autorizado por vía telefónica o en persona para hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades médicas y sociales.

Si no cumple con los criterios médicamente complejos, puede transferirse de CCC Plus al programa de atención administrada de Medicaid, Medallion 4.0. Si

Optima Health Community Care no puede contactarlo, o usted se niega a participar en toda la evaluación médica, es posible que lo transfieran al programa Medallion. Se mantendrá con Optima Health Community Care sin importar el programa en el que esté. Si prefiere cambiar de planes de salud, puede cambiar dentro de los primeros 90 días de inscribirse en el programa Medallion 4.0. Para obtener más información sobre el examen médico, consulte la Sección 4.

Si no cumple con los criterios médicamente complejos y no está de acuerdo, tiene el derecho de presentar un reclamo ante Optima Health Community Care.

Consulte la sección Su derecho a presentar un reclamo para obtener más detalles.

Puede cambiar su plan de salud por cualquier motivo durante los primeros 90 días de su inscripción en el programa CCC Plus. También puede cambiar su plan de salud por cualquier motivo una vez al año durante la inscripción abierta. La inscripción abierta ocurre cada año entre el 1° de noviembre y el 18 de diciembre, con una fecha de inicio de la cobertura del 1° de enero. Recibirá una carta del DMAS durante la inscripción abierta con más información.

También puede pedir cambiar su plan de salud en cualquier momento por “causas justificadas”, que pueden incluir:

- Se muda fuera del área de servicio del plan de salud.
- Necesita varios servicios al mismo tiempo, pero no puede acceder a ellos dentro de la red del plan de salud.
- Su residencia o empleo se verían interrumpidos como resultado de que su proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral pase de ser un proveedor dentro de la red a uno fuera de la red.
- Otras razones determinadas por el DMAS, que incluyen baja calidad de la atención y falta de acceso a los proveedores, servicios y apoyos apropiados, incluida la atención especializada.
- No cumple con los criterios médicamente complejos y se transfiere al programa de atención administrada de Medicaid, Medallion 4.0.

La línea de ayuda de CCC Plus maneja las solicitudes con “causas justificadas” y puede responder cualquier pregunta que tenga. Comuníquese con la línea de ayuda de CCC Plus al 1-844-374-9159 o TDD 1-800-817-6608, o visite el sitio web

## Beneficios y servicios de expansión de Medicaid

Como miembro de la expansión de Medicaid, usted tiene una variedad de beneficios y servicios de atención médica disponibles para usted. Usted recibirá la mayoría de sus servicios a través de Optima Health Community Care, pero puede recibir algunos a través del DMAS o de un contratista de DMAS.

- Los servicios proporcionados a través de Optima Health Community Care se describen en la Sección 10 del Manual del miembro del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.
- Los servicios cubiertos por el DMAS o un contratista del DMAS se describen en la Sección 11 del Manual del miembro del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.
- Los servicios que no son cubiertos a través de Optima Health Community Care o el DMAS se describen en la Sección 12 del Manual del miembro del programa Commonwealth Coordinated Care Plus.

Si usted es un miembro elegible para la expansión de Medicaid, además de los servicios mencionados anteriormente (en la misma cantidad, duración y alcance de los servicios que otros miembros del programa CCC Plus), también recibirá los siguientes cuatro beneficios adicionales para la salud:

- Exámenes anuales de bienestar para adultos.
- Orientación individual y en grupo para dejar de fumar.
- Asesoría nutricional si le diagnostican obesidad o enfermedades médicas crónicas.
- Vacunas o inmunizaciones recomendadas para adultos.

Optima Health Community Care también lo alentará a tomar un papel activo en su salud.

Si visita con frecuencia la sala de emergencias, Optima Health Community Care lo contactará para ayudarlo a abordar sus necesidades. Puede haber oportunidades para abordar sus necesidades fuera de la sala de emergencias, como en consultorios médicos y clínicas.

Optima Health Community Care también puede discutir con usted varias oportunidades para aprovechar la capacitación laboral, educación y asistencia para una colocación de empleo, para ayudarlo a encontrar una situación laboral adecuada para usted.



## 21. Palabras clave y definiciones usadas en este manual

- **Determinación adversa de beneficios:** cualquier decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por un monto menor que el solicitado.
- **Apelación:** una forma de impugnar una determinación adversa de beneficios (como una denegación o reducción de beneficios) realizada por Optima Health Community Care, si considera que hemos cometido un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación.
- **Actividades de la vida diaria:** las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.
- **Facturación de saldos:** una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) factura a una persona más que el monto de costo compartido de Optima Health Community Care por los servicios. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo". Llame a Servicios al Miembro si recibe facturas que no entiende.
- **Medicamento de marca:** un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía que originalmente lo fabricó. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.
- **Coordinador de Atención:** una persona principal de Optima Health Community Care que trabaja con usted y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- **Coordinación de atención:** un proceso individualizado centrado en la persona que lo ayuda a obtener acceso a los servicios necesarios. El Coordinador de Atención trabajará con usted, los miembros de su familia, si corresponde, con sus proveedores y con cualquier persona involucrada en su atención para ayudarlo a obtener los servicios y apoyos que necesita.



- **Plan de atención:** un plan sobre los servicios y apoyos de salud que recibirá y cómo los obtendrá.
- **Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayudará a elaborar un plan de atención.
- **Línea de ayuda de CCC Plus:** un intermediario de inscripción con el cual el DMAS tiene un acuerdo para ofrecer orientación sobre las opciones y actividades de inscripción.
- **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** la agencia federal a cargo de los programas de Medicare y Medicaid.
- **Coaseguro:** consulte la definición de costos compartidos.
- **Queja:** una declaración escrita o verbal que dice que tiene un problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su atención, o los proveedores o farmacias de nuestra red. El nombre formal para "presentar una queja" es "hacer un reclamo".
- **Copago:** consulte la definición de costos compartidos.
- **Costos compartidos:** los costos que los miembros pueden tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. Este término generalmente incluye deducibles, coaseguro y copagos, o cargos similares. Consulte también la definición de pago como paciente.
- **Decisión de cobertura:** una decisión sobre los beneficios que cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagaremos por sus servicios de salud.
- **Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por Optima Health Community Care.
- **Servicios cubiertos:** el término general que utilizamos para referirnos a toda la atención médica, servicios y apoyos prolongados, insumos, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios cubiertos por Optima Health Community Care.

- **Equipo médico duradero:** ciertos artículos que su médico le ordena usar en casa. Algunos ejemplos son andaderas, sillas de ruedas o camas de hospital.
- **Condición médica de emergencia:** una emergencia significa que su vida podría estar amenazada o que podría quedar herido permanentemente (quedar discapacitado) si no recibe atención rápidamente. Si está embarazada, podría ser perjudicial para su salud o la de su bebé por nacer.
- **Transporte médico de emergencia:** su condición es tal que no puede ir al hospital por ningún otro medio que no sea llamando al 911 para obtener una ambulancia.
- **Atención en la sala de emergencias:** una sala de hospital dotada y equipada para el tratamiento de personas que requieren atención o servicios médicos inmediatos.
- **Servicios de emergencia:** servicios que un proveedor capacitado presta en una sala de emergencias para tratar una emergencia médica o de salud conductual.
- **Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- **Audiencia imparcial:** consulte Audiencia estatal imparcial. El proceso en el que usted apela ante el estado por una decisión que tomamos y que considera errónea.
- **Pago por servicio:** el término general utilizado para describir los servicios de Medicaid cubiertos por el Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS).
- **Medicamento genérico:** un medicamento recetado que está aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.
- **Queja:** una queja que presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su atención.

- **Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios y dispositivos que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.
- **Seguro médico:** tipo de cobertura de seguro que paga los gastos de salud, médicos y quirúrgicos que usted contrae.
- **Plan de salud:** una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios prolongados y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.
- **Evaluación de riesgos de salud:** una revisión del historial médico y la condición actual del paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.
- **Ayudante de salud en el hogar:** una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.
- **Atención médica en el hogar:** servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar, incluidos los cuidados de enfermería, los servicios de un ayudante de salud en el hogar y otros servicios.
- **Servicios de hospicio:** un programa de atención y apoyo para ayudar a que las personas que tienen un pronóstico terminal vivan cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona tiene una enfermedad terminal y se espera que tenga seis meses o menos para vivir. Un afiliado que tiene un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir un hospicio. Un equipo de profesionales y cuidadores capacitados especialmente brindan atención integral a la persona, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- **Hospitalización:** el acto de colocar a una persona en un hospital como paciente.

- **Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios:** atención o tratamiento que no requiere pasar la noche en un hospital.
- **Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por Optima Health Community Care. Optima Health Community Care elige los medicamentos en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos le informa si hay alguna norma que deba seguir para obtener sus medicamentos. La lista de medicamentos a veces se denomina "formulario".
- **Servicios y apoyos prolongados (LTSS):** una variedad de servicios y apoyos que ayudan a las personas mayores y a las personas con discapacidades a satisfacer sus necesidades diarias de asistencia, mejorar la calidad de sus vidas y mantener su máxima independencia. Los ejemplos incluyen asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño, comer y otras actividades básicas de la vida diaria y el cuidado personal, así como apoyo para tareas cotidianas como lavar la ropa, ir de compras y el transporte. Los LTSS se proporcionan durante un largo período, generalmente en hogares y comunidades, pero también en entornos basados en instalaciones como centros de enfermería. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería u hospital.
- **Medicamento necesario:** describe los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, insumos o medicamentos cumplen con los estándares aceptados del ejercicio médico, o según sea necesario conforme a las normas actuales de cobertura de Medicaid de Virginia.
- **Medicaid (o Medical Assistance):** un programa administrado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos prolongados y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare. La mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica

tanto para Medicare como para Medicaid.

- **Medicare:** el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare o un plan de atención administrada (consulte “Plan de salud”).
- **Servicios cubiertos por Medicare:** servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.
- **Afiliado de Medicare-Medicaid:** una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid. A un afiliado de Medicare-Medicaid también se le llama “beneficiario elegible dual”.
- **Parte A de Medicare:** el programa de Medicare que cubre la mayoría de la atención hospitalaria, en centros de enfermería especializada, atención médica en el hogar y cuidados de hospicio médicamente necesarios.
- **Parte B de Medicare:** el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) e insumos (como sillas de ruedas y andaderas) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de diagnóstico.
- **Parte C de Medicare:** el programa de Medicare que permite a las compañías privadas de seguros de salud proporcionar beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage.
- **Parte D de Medicare:** el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare (llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas y algunos insumos no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid.

- **Servicios al Miembro:** un departamento dentro de Optima Health Community Care responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.
- **Modelo de atención:** una forma de proporcionar atención de alta calidad. El modelo de atención de CCC Plus incluye la coordinación de la atención y un equipo de proveedores calificados que trabajan junto con usted para mejorar su salud y calidad de vida.
- **Red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y apoyos prolongados. Tienen licencia o están certificados por Medicaid y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con Optima Health Community Care y aceptan nuestro pago, y no les cobran a nuestros miembros un monto adicional. Mientras sea miembro de Optima Health Community Care, usted debe usar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se llaman "proveedores del plan".
- **Farmacia de la red:** una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas para los miembros de Optima Health Community Care. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con Optima Health Community Care. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.
- **Proveedor no participante:** un proveedor o centro que Optima Health Community Care no emplea, posee ni opera y no tiene un acuerdo para brindar servicios cubiertos a los miembros de Optima Health Community Care.
- **Centro de enfermería:** un centro de atención médica que brinda atención a las personas que no pueden recibir atención en el hogar pero que no necesitan estar en el hospital. Deben cumplirse criterios específicos para vivir en un centro de enfermería.

- **Defensor:** una oficina en su estado que lo ayuda si tiene problemas con Optima Health Community Care o con sus servicios. Los servicios del defensor del son gratuitos.
- **Proveedor o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que Optima Health Community Care no emplea, posee ni opera y no tiene un acuerdo para brindar servicios cubiertos a los miembros de Optima Health Community Care.
- **Proveedor participante:** proveedores, hospitales, agencias de atención médica en el hogar, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipos médicos, y servicios y apoyos prolongados que tienen un acuerdo con Optima Health Community Care. Los proveedores participantes también son "proveedores dentro de la red" o "proveedores del plan".
- **Pago como paciente:** el monto que usted podría tener que pagar por servicios de cuidados prolongados con base en sus ingresos. El Departamento de Servicios Sociales (DSS) debe calcular su monto de pago como paciente si vive en un centro de enfermería o recibe servicios de la Exención de CCC Plus y tiene la obligación de pagar por una parte de su atención. El DSS les notificará a usted y a Optima Health Community Care si usted tiene un pago como paciente, incluido el monto del mismo (si lo hubiere).
- **Servicios de médicos:** atención que le brinda una persona con licencia conforme a la ley estatal para practicar medicina, cirugía o salud conductual.
- **Plan:** una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios prolongados y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios Todos trabajan juntos para brindarle la atención que necesita.
- **Cobertura de medicamentos recetados:** medicamentos recetados o medicamentos cubiertos (pagados) por Optima Health Community Care. Algunos medicamentos de venta libre están cubiertos.

- **Medicamentos recetados:** un fármaco o medicamento que, por ley, solo se puede obtener por medio de una receta médica.
- **Médico de atención primaria (PCP):** su médico de atención primaria es el médico que se ocupa de todas sus necesidades de salud. Son responsables de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. A menudo son la primera persona con la que debe comunicarse si necesita atención médica. Su PCP generalmente es un médico familiar, internista o pediatra. Tener un PCP ayuda a garantizar que la atención médica adecuada esté disponible cuando la necesite.
- **Prótesis y órtesis:** estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: soportes para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo.
- **Proveedor:** una persona que está autorizada para proporcionar su atención o servicios médicos. Muchos tipos de proveedores participan con Optima Health Community Care, incluidos médicos, enfermeras, proveedores de salud conductual y especialistas.
- **Prima:** un pago mensual que recibe un plan de salud para proporcionarle cobertura de atención médica.
- **Servicios de enfermería privada:** servicios de enfermería especializada en el hogar, de parte de una enfermera registrada con licencia, o de un practicante de enfermería con licencia bajo la supervisión de una enfermera registrada, que se prestan a los miembros de una exención que tienen condiciones médicas serias o necesidades complejas de atención médica.
- **Remisión:** en la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle la aprobación antes de poder utilizar otros proveedores de la red de Optima Health Community Care. Esto se llama una remisión.
- **Servicios y dispositivos de rehabilitación:** el tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente, lesión u operación mayor.



- **Área de servicios:** un área geográfica donde Optima Health Community Care tiene permitido operar. También es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia).
- **Autorización de servicio:** también conocida como preautorización. Aprobación necesaria antes de que pueda obtener ciertos servicios o medicamentos. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización de Optima Health Community Care.
- **Atención de enfermería especializada:** atención o tratamiento que solo proporcionar enfermeras con licencia. Ejemplos de necesidades de enfermería especializada incluyen vendajes complejos de heridas, rehabilitación, alimentación a través de sondas o un estado de salud que cambia rápidamente.
- **Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** un centro de enfermería con el personal y el equipo para brindar cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.
- **Especialista:** un médico que brinda atención médica para una enfermedad, discapacidad o parte del cuerpo específicas.
- **Atención de urgencia (atención urgente):** atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina, que no pone en peligro la vida y que no es una emergencia, pero que necesita atención inmediata. Puede obtener atención médica de urgencia de parte de proveedores fuera de la red, cuando los proveedores de la red no están disponibles o no puede llegar a ellos.

## Servicios al miembro de Optima Health Community Care

<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-512-3171 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8 p.m. hora del este, excepto durante los días festivos del estado de Virginia.</p> <p>Las personas sordas o con problemas de audición, o con discapacidades del habla, que deseen hablar con un representante de Servicios al Miembro y que tengan un TTY u otro dispositivo de asistencia, pueden llamar al 711 para contactar a un operador de retransmisión. Lo ayudarán a comunicarse con nuestro personal de Servicios al Miembro.</p> <p>Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de intérprete de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-844-552-8148 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas de audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8 p.m. hora del este, excepto durante los días festivos del estado de Virginia.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>4417 Corporation Lane Virginia Beach, VA 23462</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://optimahealth.com">optimahealth.com</a></p>

## 22. Números de teléfono importantes

<p>Su Coordinador de Atención (Agregue la información de contacto cuando reciba su carta)</p>	
<p>Miembro de Optima Health Community Care Optima Health Community Care</p>	
<p>Línea de consejo médico/de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana de Optima Health Community Care Optima Health Community Care</p>	
<p>Línea de crisis de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana de Optima Health Community Care Optima Health Community Care</p>	
<p>Servicios odontológicos para adultos Optima Health Community Care</p>	<p>Comuníquese con DentaQuest al 844-824-2016 o <a href="https://www.dentaquest.com/">https://www.dentaquest.com/</a></p>
<p>Smiles for Children a través de DentaQuest, el administrador de beneficios odontológicos del DMAS</p>	<p>Para aclarar dudas o encontrar un odontólogo en su área, llame a <i>Smiles For Children</i> al 1-888-912-3456. La información también está disponible en el sitio web del DMAS en: <a href="http://www.dmas.virginia.gov/#/dentalservices">http://www.dmas.virginia.gov/#/dentalservices</a>  O en el sitio web de DentaQuest en: <a href="http://www.dentaquestgov.com/">http://www.dentaquestgov.com/</a></p>

Servicios de transporte de Optima Health Community Care Optima Health Community Care	1-855-325-7558
Contratista de transporte del DMAS para el transporte de ida y vuelta a los Servicios de Exención por DD	1-866-386-8331 TTY 1-866-288-3133 O marque el 711 para contactar a un operador de retransmisión
Línea de ayuda de CCC Plus	1-844-374-9159 TDD: 1-800-817-6608 o visite el sitio web en <a href="http://cccplusva.com">cccplusva.com</a> .
Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos	1-800-368-1019 o visite el sitio web en <a href="http://www.hhs.gov/ocr">www.hhs.gov/ocr</a>
Oficina del Defensor Estatal de Cuidados Prolongados	1-800-552-5019 TTY 1-800-464-9950

