



Guía para miembros

Componentes de la tarjeta de miembro:

OptimaHealth

ABC Company
VANTAGE

Member Name: John Doe
Member Number: 9999999*99
Group Number: 999999
Effective Date: 01-01-2011

RxDed: \$0 RX: 99/99/99/99

Coins: 80/20%
OV: \$99
SOV: \$99
UCC: \$99
ED: \$999
DX1: \$999
DX2: \$999
OP: \$999
IP: \$999

Detailed benefit information is available at optimahealth.com

Preauthorization may be required for: hospitalization, outpatient surgery and therapies, advanced imaging, DME, home health, skilled nursing, acute rehab, or prosthetics.

PHARMACY INFORMATION:
BIN# 610011 PROCESSOR CONTROL# OHPCOMM
informedRx Pharmacy Help desk: 1-866-244-9113

Member Services: 757-999-9999 OR 9-999-999-9999
Provider Relations: 757-552-7474 OR 1-800-229-8822
Medical/Pharmacy Pre Authorization: 757-552-7540 OR 1-800-229-5522
Employee Assistance Program: 757-363-6777 OR 1-800-899-8174
Behavioral Health Pre Authorization: 757-552-7174 OR 1-800-648-8420
After Hours Nurse Advice: 757-552-7250 OR 1-800-394-2237

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

An HMO plan Underwritten by Optima Health Plan

*Ejemplo de tarjeta de miembro de Optima Vantage.
Las tarjetas de los miembros de Optima Plus varían ligeramente.*

Utilice la tarjeta de miembro de Optima para lo siguiente:

- Visitas a consultorios médicos
- Análisis de laboratorio
- Hospitales
- Radiografías
- Operaciones quirúrgicas
- Recetas médicas
- Salas de emergencia

Necesitará inscribirse en optimahealth.com para acceder a su información personal y a algunas herramientas disponibles de forma exclusiva para los miembros de Optima Health.

CORREO ELECTRÓNICO

members@optimahealth.com

TELÉFONO

Si el inglés no es su lengua materna y prefiere hablar con un representante en español, haga lo siguiente:

- Llame al teléfono gratuito de servicios para miembros (*Member Services*) que encontrará en la tarjeta de miembro.
- Informe al operador en español de que necesita un intérprete.
- El operador organizará una teleconferencia con el intérprete.

Líneas de TDD para personas con problemas del oído

1-800-225-7784

Asistencia de enfermeras fuera de horas de oficina

Llame al número de enfermeras fuera de horas de oficina que encontrará al dorso de la tarjeta de miembro si necesita asistencia por una enfermedad o lesión por la noche, los fines de semana o en días festivos.

Servicios de salud del comportamiento

1-800-648-8420

CORREO POSTAL

Optima Health Member Services
4417 Corporation Lane
Virginia Beach, VA 23462



Bienvenido a Optima Health.

Nuestros planes

Optima Health ofrece toda una gama de productos comerciales, tales como Optima Vantage —un HMO sin necesidad de remisión a especialistas—, Optima Plus —un plan PPO— y planes POSA (punto de servicio) por mandato gubernamental. También encontrará planes orientados al consumidor, planes manejados por el empleado y planes patrocinados por empleadores, para que pueda elegir el que más le convenga. Además ofrecemos planes para personas inscritas en Medicare y Medicaid. Nuestra red engloba a 15,000 proveedores en todo el estado, entre los que se encuentran especialistas, médicos de atención primaria y hospitales¹.



Optima Health ofrece programas especiales para personas que sufren enfermedades crónicas, así como programas de bienestar personalizados y servicios integrados de salud del comportamiento y clínicos, para ayudar a nuestros miembros a cuidar de su salud. Optima Health quiere distinguirse siempre por su dedicación a la excelencia en la salud y el servicio a los miembros.

Las siguientes definiciones le ayudarán a entender los planes entre los que puede elegir, pero igualmente es importante que lea con atención los documentos en los que se explica la cobertura del plan:

Dentro de la red:

El beneficio “*in-network*”, o dentro de la red, significa que puede reducir los gastos de bolsillo si acude a médicos de atención primaria, especialistas, terapeutas y otros proveedores de servicios de la salud que cumplan todos los requisitos de acreditación de Optima Health y formen parte de la red de proveedores.

Fuera de la red:

Si prefiere el beneficio “*out-of-network*”, o fuera de la red, para servicios cubiertos significa que usted y su familia pueden elegir el médico o centro médico que prefieran, aunque no sean proveedores del Plan. En este caso, los gastos de bolsillo son superiores si se acude a un proveedor fuera de la red.

Proveedores del Plan

Estos son médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de la salud que han firmado un contrato con Optima Health, es decir, son proveedores participantes o dentro de la red. Estos proveedores han aceptado recibir unos honorarios fijos por los servicios prestados a los miembros del plan. Los miembros de los planes Optima Vantage tienen que acudir a proveedores de la red para que Optima Health pague por los servicios.

Proveedores fuera del Plan

Son médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de la salud que no han firmado un contrato con Optima Health, por lo que se les considera proveedores fuera del plan o fuera de la red. Estos proveedores pueden cobrar lo que deseen por sus servicios. Generalmente, cuando un miembro del Plan que tiene beneficios fuera de la red acude a uno de estos proveedores para recibir uno de los servicios cubiertos, Optima Health paga un porcentaje fijo o un cargo autorizado de la cantidad que abonamos a los proveedores de la red por el mismo servicio. El miembro será responsable de pagar el resto. Si lo que cobra el proveedor fuera de la red es más de lo que paga Optima Health, el proveedor le enviará al miembro directamente una factura por la diferencia.

¹ Base de datos de proveedores de Sentara Health Plans, Inc., mayo de 2007

Preguntas más frecuentes

¿Cómo elijo o cambio de médico de atención primaria si lo necesito?

Para elegir o cambiar de médico de atención primaria puede visitar MyOptima en optimahealth.com.

1. Si prefiere no elegir el médico usted mismo, se le asignará uno que podrá cambiar si lo desea.
2. Si durante 24 meses no ha visitado al médico de atención primaria que se le haya asignado, llame al consultorio o al departamento de servicios para miembros para asegurarse de que el médico todavía tiene su nombre en la lista de miembros del consultorio.

¿Qué ocurre si necesito ver a un especialista del Plan?

Si usted y su médico de atención primaria deciden que necesita que le vea un especialista del Plan, el médico de atención primaria se encargará de coordinar la visita.

Confirme que el especialista pertenezca a la red de Optima Health o visite optimahealth.com.

¿Qué ocurre si el médico del Plan me recomienda un proveedor que no pertenece al plan?

Si está suscrito a un plan Optima Vantage y el médico le recomienda a un proveedor que no pertenece al plan, **usted será responsable del pago de estos servicios, a no ser que el plan de salud los autorice.** Usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que los médicos y centros de salud a los que acude participan en su plan. Si está suscrito a un plan Plus, podrá elegir entre proveedores del Plan y proveedores que no pertenecen al Plan. Si elige un proveedor fuera del Plan, las solicitudes de beneficios se abonarán a un nivel inferior y usted tendrá que pagar los deducibles, copagos y coseguros que correspondan. También será responsable de pagar los cargos que estén por encima de los niveles permitidos en el Plan. Si necesita encontrar un proveedor del Plan, utilice la función de búsqueda *Find a Doctor* (para médicos) o *Find a Facility* (para centros médicos), descargue el directorio de proveedores, *Provider Directory*, de optimahealth.com o llame al teléfono de servicios para miembros al número que encontrará en la tarjeta de Optima Health.

¿Puede ordenar el especialista del Plan que me hagan pruebas de diagnóstico o radiografías?

Sí, aunque algunas pruebas pueden requerir autorización previa.

Miembros de Optima Vantage. Siempre que el médico de atención primaria le haya remitido a un especialista del Plan para “consulta y tratamiento”, cualquier prueba que le haga en el consultorio de dicho especialista o que haya autorizado Optima Health estará cubierta. Todos los copagos que correspondan también serán aplicables a las pruebas. Sin embargo, si su médico de atención primaria le envía al especialista para una “consulta únicamente”, OptimaHealth no cubrirá las pruebas que le hagan.



Aunque mi plan no exija que el médico de atención primaria me refiera a un especialista, en algunos casos ambos necesitarán coordinar el tratamiento. ¿Necesito que el médico de atención primaria coordine el examen ginecológico anual?

No. Las mujeres miembros del plan pueden concertar directamente su cita anual con cualquier ginecólogo de la red Optima Health.

¿Puede ser un obstetra mi médico de atención primaria mientras estoy embarazada?

Por supuesto, durante su embarazo el obstetra puede ser su médico de atención primaria. Las mujeres miembros de Optima Health que estén embarazadas tienen acceso a una gran variedad de clases y recursos. Llame al teléfono 757-388-3364, opción 2, si desea más información. Como miembro del plan de salud, usted participa automáticamente en un programa de Optima Health llamado *Partners in Pregnancy*. Este programa ofrece educación y asistencia a las mujeres embarazadas. Si desea más información sobre el programa, llame al teléfono 1-866-239-0618 y elija la opción 1.

¿Qué es una preautorización y cuándo es necesaria?

Una preautorización es una revisión de toda la información médica pertinente para determinar la necesidad médica y los criterios de cobertura del Plan. El proveedor del servicio es el responsable de obtener la preautorización.

¿Qué ocurre si algún servicio no está preautorizado?

Si la solicitud de preautorización que envía el médico o proveedor del Plan es rechazada por el plan de salud, Optima Health no pagará ninguna parte del servicio solicitado. Si desea apelar, llame al teléfono de servicios para miembros para iniciar el proceso. Recuerde que aunque Optima Health haya rechazado la cobertura de un servicio solicitado, usted puede recibirlo siempre que lo pague de su bolsillo.

Miembros Plus: cuando utilice los beneficios fuera de la red, tendrá que asegurarse de que el médico del Plan haya obtenido preautorización. Llame a servicios para miembros para comprobar que los servicios hayan sido preautorizados antes de continuar el tratamiento.

¿Qué hago si me pongo enfermo o sufro un accidente después de horas de oficina o en un fin de semana?

Si cae enfermo o resulta lesionado de alguna manera por la noche o durante el fin de semana, llame al consultorio del médico del Plan o a la línea de enfermeras fuera de horas de oficina al teléfono 757-552-7250 ó 1-800-394-2237. Una enfermera registrada le pedirá que describa el problema con el mayor detalle posible.

¿Qué ocurre si se trata de una emergencia?

Si se trata de una emergencia en la que su vida corre peligro, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Si le atienden de urgencia y le admiten en el hospital, usted o un familiar deberá llamar a Optima Health antes de transcurridas 48 horas (dos días laborables) de la hora en que recibió los servicios, o tan pronto como sea posible después de eso. Sin embargo, no olvide que incluso en estas circunstancias la atención recibida podrá ser evaluada de forma retrospectiva para determinar si cumple los criterios de cobertura de tratamientos de emergencia.

¿Qué puedo hacer si estoy fuera del área de servicio de Optima Health cuando me pongo enfermo?

Si se pone enfermo de forma inesperada o sufre un accidente fuera del área de servicio, los servicios de emergencia que reciba estarán cubiertos. Llame a la línea de enfermeras fuera de horas de oficina al teléfono 1-800-394-2237. Recuerde que incluso en estas circunstancias la atención recibida podrá ser evaluada de forma retrospectiva, es decir después de recibida, para determinar si de hecho existía una urgencia. Si se determina que éste no era el caso, lo siguiente será aplicable:

Miembros de Optima Vantage: podrán ser responsables del pago de los servicios que no se consideren de emergencia.

Miembros de Optima Plus: si no se trata de una emergencia, se aplicarán los beneficios para atención fuera de la red.

LOS BENEFICIOS DE FARMACIA DE OPTIMA HEALTH SOLAMENTE SERÁN APLICABLES SI EL GRUPO DE SU EMPLEADOR OFRECE ESTE BENEFICIO ADMINISTRADO POR OPTIMA HEALTH.

Las siguientes definiciones le ayudarán a entender este beneficio de farmacia de Optima Health.

Niveles (tiers) son los niveles en los que se organizan los medicamentos para que usted disponga de fármacos seguros, de eficacia probada y económicos.

Preautorización (pre-authorization) es una revisión de la información médica pertinente para determinar la cobertura de algunos medicamentos o servicios.

Step-edit significa utilizar un medicamento más económico, pero igualmente apropiado, para tratar una enfermedad antes de pasar a otro más costoso. En optimahealth.com encontrará una lista completa de los medicamentos que requieren *step-edit*.

Red de farmacias (Pharmacy Network) se refiere a las farmacias de la zona que participan en el plan.

Farmacia por correo (Mail Order Pharmacy) se refiere a CVS/Caremark que se encarga de los pedidos por correo para los miembros de Optima Health. Este es un servicio muy conveniente que le lleva los medicamentos a su propia puerta.

Para más información sobre estos términos o sobre los beneficios de farmacia, visite optimahealth.com.



**CAMBIOS DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE
PARA PLANES NUEVOS O QUE SE RENUEVEN A PARTIR DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2010
Y ANTES DEL 1 DE ENERO DEL 2014**

A partir del 23 de septiembre de 2010, Optima Health implementará los siguientes cambios a partir de la fecha de entrada en vigor o de renovación de cobertura del grupo. Estas disposiciones cumplen con la ley PPACA de protección del paciente y cuidado de salud asequible, y con la normativa federal y estatal en vigor bajo la PPACA.

Prórroga de la cobertura para hijos adultos

Los planes que incluyen cobertura para los hijos cubren a los hijos hasta los 26 años. Optima Health no denegará ni restringirá la elegibilidad de los hijos menores de 26 años por ninguna de las condiciones siguientes:

- a. Dependencia financiera en el abonado o en alguna otra persona;
- b. Residencia con el abonado o con alguna otra persona;
- c. Condición de estudiante;
- d. Situación de empleo o
- e. Estado civil.

Optima Health no denegará ni restringirá la elegibilidad de un hijo en base a la elegibilidad para otra cobertura. La elegibilidad bajo la prórroga de la cobertura no incluye al cónyuge del hijo.

La elegibilidad bajo esta prórroga de la cobertura no incluye a los hijos de un hijo dependiente a no ser que los nietos también sean elegibles bajo los términos del Plan.

Inscripción especial para hijos menores de 26 años

Los hijos menores de 26 años cuyos beneficios hayan vencido bajo el plan de salud de sus padres o los que no hayan podido inscribirse porque no cumplen los requisitos de edad para dependientes podrán inscribirse en el Plan durante el período especial de inscripción de 30 días. Los interesados tendrán 30 días desde la fecha de notificación para solicitar la inscripción de los hijos que se encuentren en esta situación. Si el hijo se inscribe durante el período especial, la cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigor del Plan. Los hijos que no se inscriban durante el período especial tendrán que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta o hasta que ocurra un evento calificador.

Límites vitalicios y oportunidades de inscripción

El Plan o la Póliza no tendrán límites vitalicios que limiten la suma en dólares de los beneficios a los que tiene derecho cada miembro. Aquellas personas cuya cobertura concluya debido a que han alcanzado el límite vitalicio bajo el Plan podrán suscribirse a Optima Health. Los interesados tendrán 30 días desde la fecha de la notificación de la inscripción especial para solicitarla. Para los miembros que se inscriban bajo estas condiciones, la cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigor del Plan.

Condiciones preexistentes para hijos menores de 19 años

Las exclusiones por condiciones preexistentes no se aplicarán a los hijos menores de 19 años.

Rescisión de la cobertura

La cobertura del Plan solo podrá rescindirse por fraude o declaraciones falsas intencionadas de hechos materiales como lo disponen los términos de cobertura. Rescisión significa la cancelación o suspensión de la cobertura con carácter retroactivo. El término rescisión no se refiere a cancelaciones o suspensiones de la cobertura de acuerdo al período de gracia del Plan por falta de pago de la prima.

Servicios de emergencia

La cobertura de los servicios de emergencia no requiere preautorización. La cobertura de servicios de emergencia se proporciona tanto cuando los servicios los presta un proveedor del Plan como cuando lo hace un proveedor que no pertenezca al Plan. La parte de los gastos que tendrá que pagar el miembro por servicios de emergencia prestados por un proveedor fuera del Plan estará al mismo nivel de copago o coseguro que si se tratara de un proveedor del Plan.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva que se detallan a continuación estarán cubiertos sin ninguna aportación del miembro, como pueden ser copagos, coseguros o deducibles, cuando se acude a un proveedor del plan dentro de la red de Optima Health.

- (1) Servicios y otros gastos verificables clasificados como “A” o “B” en las recomendaciones vigentes de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de Estados Unidos (*United States Preventive Services Task Force*) y
- (2) Vacunas recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades con respecto a la persona afectada y
- (3) En relación con bebés, niños y adolescentes, la atención preventiva y las revisiones verificables que se indican en las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de la Salud y
- (4) Con respecto a la mujer, la atención y las revisiones preventivas que no se mencionen en el punto 1, como se indica a este respecto en las pautas de la Administración de Recursos y Servicios de la Salud y
- (5) Revisiones adicionales, mamografías y prevención del cáncer de mama según las recomendaciones de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de Estados Unidos.

Para ver una lista completa de los servicios preventivos cubiertos, visite la página web healthcare.gov en healthcare.gov/law/about/provisions/services/lists.html.

Protecciones del paciente

En el caso de los planes de Optima Health en los que tiene que elegir un médico de atención primaria, usted tiene derecho a escoger cualquier médico de atención primaria que participe en la red y que pueda aceptarle a usted o sus familiares. Si no elige usted mismo al médico de atención primaria, Optima Health les asignará uno a usted y a su familia hasta que lo haga. Para informarse de lo que tiene que hacer para elegir o cambiar de médico de atención primaria, y para ver una lista de los médicos participantes, llame al teléfono de servicios para miembros de Optima Health que encontrará al dorso de la tarjeta de miembro o visite nuestra página web en optimahealth.com. Para los niños puede elegirse un pediatra como médico de atención primaria.

No se necesita preautorización de Optima Health ni del médico de atención primaria para acudir a un obstetra o ginecólogo de la red para consultas relacionadas con estas especialidades. No obstante, el especialista tendrá que completar ciertos trámites, entre ellos obtener preautorización para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento preautorizado o seguir procedimientos concretos para remitir al paciente a otro profesional. Si desea una lista completa de especialistas en obstetrica y ginecología participantes, llame al teléfono de servicios para miembros de Optima Health que encontrará al dorso de la tarjeta de miembro o visite nuestra página web en optimahealth.com.



Optima Health es el nombre comercial de Optima Health Plan, Optima Health Insurance Company y Sentara Health Plans, Inc. Los planes Optima Vantage y Optima POS los patrocina Optima Health Plan. Los planes Optima Plus los patrocina Optima Health Insurance Company.

En los documentos del plan encontrará información sobre cobertura, exclusiones y limitaciones, y copagos requeridos.

4417 Corporation Lane • Virginia Beach, VA 23462
optimahealth.com • 1-877-552-7401