



Guía para Miembros

Utilice la tarjeta de identificación de Optima para:

- médicos
- análisis de laboratorio
- hospitales
- radiografías
- operaciones quirúrgicas
- recetas
- salas de emergencia

**Número de
identificación
del miembro**

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 Member Services (Servicios para miembros) que encontrará en la tarjeta.
- Informe al operador en español de que necesita un intérprete.
- El representante organizará una teleconferencia con un intérprete.

Líneas de TDD para personas con problemas del oído
757-552-7120 ó 1-800-225-7784

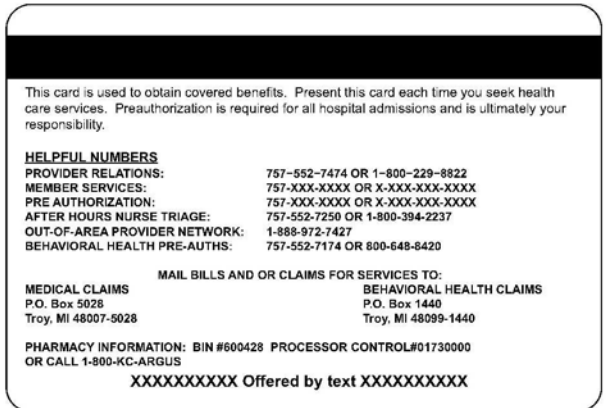
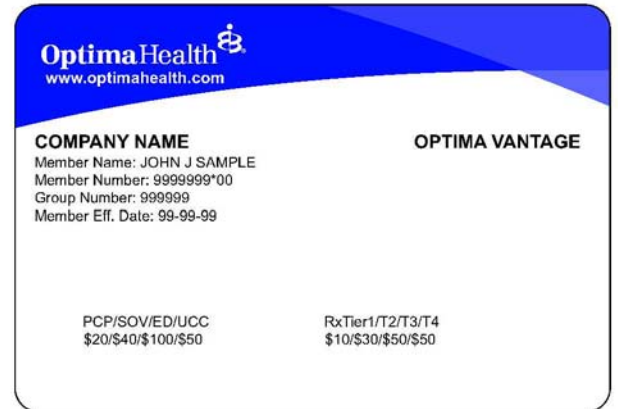
Línea de consulta a enfermeras fuera de horas de oficina

757-552-7250 ó 1-800-394-2237

Llame al teléfono de enfermeras fuera de horas de oficina si necesita saber a dónde dirigirse para que le atiendan por una enfermedad o un accidente ocurridos durante la noche, los fines de semana o días feriados.

CORREO POSTAL

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



Servicios de salud del comportamiento
757-552-7174 ó 1-800-648-8420

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— Optima Plus —un plan PPO— y planes POSA por mandato gubernamental. También encontrará planes dirigidos por el consumidor, planes para empleados y planes patrocinados por empleadores, para que pueda elegir el que más le convenga. Además ofrecemos planes para los miembros de 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 hospitales.¹

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 sus 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 en detalle la cobertura del plan:

Dentro de la red:

El beneficio *in-network*, o dentro de la red, significa que puede rebajar los gastos de desembolso si acude a médicos de atención primaria del Plan, especialistas del Plan, terapeutas y otros profesionales 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 como opción de cobertura el beneficio *out-of-network*, o fuera de la red, significa que usted y su familia pueden elegir el médico o centro médico de su elección, aunque no sean proveedores del Plan. En este caso, los gastos de desembolso son superiores si se acude a un proveedor fuera de la red.

Proveedores del Plan

Estos son médicos, hospitales y otros profesionales 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 HMO 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 profesionales 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, nosotros pagamos un porcentaje fijo o un cargo autorizado de la cantidad que abonamos a los proveedores dentro 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

¿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 a Member Services 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 usted 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 de médicos (Find a Doctor) o de centros médicos (Find a Facility), descargue el directorio de proveedores, Provider Directory, de optimahealth.com o llame al teléfono de Member Services al número que encontrará en su tarjeta de Optima Health.

¿Puede ordenar el especialista del Plan que me hagan pruebas de diagnóstico y 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, las pruebas que le hagan en el consultorio del especialista o que haya autorizado Optima Health estarán cubiertas. 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 su plan no exija que el médico de atención primaria le refiera a un especialista, en algunos casos ambos necesitarán coordinar su tratamiento. ¿Necesito que el médico de atención primaria coordine el examen ginecológico anual?

No. Las mujeres miembros del plan pueden concertar directamente una cita para el examen anual de rutina 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 su 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 una necesidad médica y los criterios de cobertura del Plan. El proveedor del servicio es el responsable de obtener la preautorización.

¿Qué ocurre si los servicios no han sido preautorizados?

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 porción del servicio solicitado. Si desea apelar el rechazo de la solicitud, llame al teléfono de Member Services para iniciar el proceso. Por favor tenga presente 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 Member Services 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 consulta a 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 situación 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 revisada de forma retrospectiva para determinar si cumple los criterios de cobertura de tratamientos de emergencia / urgencia.

¿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 consulta a enfermeras fuera de horas de oficina al teléfono 1-800-394-2237. No olvide que incluso en estas circunstancias la atención recibida podrá ser revisada 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 determinados medicamentos o servicios.

Step-edit significa utilizar un medicamento apropiado de primera línea más económico para tratar una enfermedad antes de pasar a un medicamento de segunda línea 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. Este es un servicio muy conveniente que le lleva los medicamentos recetados que toma de forma regular a su propia puerta.

Para más información sobre estos términos o sobre los beneficios de farmacia, por favor visite 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 HMO y Optima POS los patrocina Optima Health Plan. Los planes Optima Plus PPO los patrocina Optima Health Insurance Company.

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

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